ACOMPAÑAR PARA EMPODERAR

GUÍA DE APOYO PARA LA FORMACIÓN DE ACOMPAÑANTES A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO

Contenidos: Olivia Ortíz

Coordinación: Oriana López Uribe

Eugenia López Uribe

Agradecemos el apoyo de Silvia Elena Llaguno Aguilar, Gina Cárdenas, Bethsabé Huamán Andia y Asunción Álvarez del Río para los contenidos. Y a cada una de las acompañantes de la primera formación: El Acompañamiento como Herramienta de Empoderamiento para Mujeres en Situación de Aborto, 2010

CONTENIDO

FUENTES


INTRO
DUC
CION

El 24 de abril de 2007 se aprobó en la Ciudad de México una ley que despenalizó el aborto dentro de las primeras 12 semanas de gestación en los servicios públicos y privados. La ley define como Interrupción Legal del Embarazo a los abortos realizados en este periodo. Es una ley que aplica para todas las mujeres que decidan interrumpir su embarazo y acudan a lo servicios de aborto legal disponibles en el DF, independientemente de su estado de residencia o nacimiento.

El derecho de la mujer a decidir y acceder a la interrupción legal del embarazo (ILE) se considera un logro fundamental en materia de protección a la salud así como en defensa y protección de derechos humanos de las mujeres ya que:

- Representa el reconocimiento de derechos fundamentales de la mujer, tales como el derecho a la salud, el derecho a la autodeterminación sobre su cuerpo, a la anticoncepción, y a tener y perseguir la realización de un proyecto de vida, entre otros.

- Representa un paso más en el esfuerzo por disminuir la mortalidad materna provocada por el aborto inseguro, y de este modo contrarresta la injusticia social que ha implicado esta práctica.

- Fortalece el estatus de las mujeres como personas con plena ciudadanía sexual que tienen el derecho a decidir sobre su propio cuerpo y su sexualidad, y al control de su capacidad reproductiva.

- Favorece el desarrollo de una estrategia de prevención de embarazos no deseados y de prestación de servicios de salud sexual y reproductiva desde los servicios de salud pública para hombres y mujeres, incluyendo las y los jóvenes.

- Contribuye a generar opiniones favorables del aborto en el debate público y de este modo disminuye el estigma que ha prevalecido en torno al mismo y a las personas que están a favor del aborto.

- El marco jurídico del DF es un referente de justicia social que posibilita seguir avanzando en el reconocimiento del aborto como un derecho reproductivo en el resto de los estados.

- Refuerza el carácter laico del Estado mexicano que respeta la diversidad ideológica y reconoce la libertad de conciencia de las personas, y guarda concordancia con los compromisos adquiridos y firmados por México en diversos tratados internacionales.

El Fondo de Aborto para la Justicia Social MARIA (Mujeres, Aborto, Reproducción, Información y Acompañamiento) es un proyecto que busca fortalecer las redes solidarias entre personas que creen y defienden el derecho de las mujeres al aborto seguro con el propósito de incrementar la conciencia sobre el derecho de las mujeres al aborto legal en todo el país.

Surge después de la Ley de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en el DF para expandir sus beneficios a las mujeres de los estados de la República y para mujeres de la Ciudad de México que viven en condiciones de marginalidad y/o vulnerabilidad. Es un proyecto que forma parte del movimiento a favor del aborto seguro de la sociedad civil organizada de nuestro país.

Considera a las mujeres en su diversidad y complejidad antes, durante y después de que han decidido interrumpir un embarazo e incorpora la potencialidad que las personas tenemos para apoyarnos entre nosotras para fortalecer las decisiones que tomamos sobre nuestra sexualidad y nuestra reproducción.

Promueve el trabajo voluntario solidario feminista encaminado a desarrollar las habilidades de escucha y acompañamiento, la corresponsabilidad, la ciudadanía, el ejercicio de los derechos y el empoderamiento.

Su propósito es impulsar la creación de redes sociales de apoyo y fortalecer las que ya existen para transformar significativamente la forma en la que se vive la interrupción del embarazo hacia un ejercicio de autonomía de las mujeres, sus parejas y sus familias.

El Fondo MARIA proporciona y refiere para:

- Apoyo financiero a mujeres que no cuentan con suficientes recursos para acceder a los servicios de aborto legal disponibles en el Distrito Federal.
- Acompañamiento a las mujeres que reciben el apoyo financiero y que así lo soliciten.
- Apoyo psicológico y espiritual a las mujeres que así lo soliciten.
- Información sobre derechos, sexualidad y reproducción
- Apoyo legal para pedir servicios de aborto legal en su estado, para hacer deuncias por violación, etc..

¿CON QUIÉNES TRABAJA?

El Fondo MARIA se basa en el principio de que las personas podemos ejercer nuestra ciudadanía para lograr las transformaciones sociales. Con base en lo anterior, trabaja a través de redes de organizaciones civiles, de activistas en derechos sexuales y reproductivos, de profesionales de los medios de comunicación y de personas que aportan su trabajo voluntario o donan recursos económicos e insumos para garantizar los apoyos que se ofrecen.

¿POR QUÉ HACER ESTA GUÍA?

Esta guía surge como una herramienta teórico-práctica para fortalecer el acompañamiento a mujeres en situación de aborto. Es el resultado de la sistematización del primer proceso de formación El Acompañamiento como Herramienta de Empoderamiento entre Mujeres en Situación de Aborto, realizado en 2010 por el Fondo MARIA con el primer grupo de acompañantes. Por sistematización se entiende la reflexión crítica y colectiva de la práctica y, la producción de conocimientos útiles para el desarrollo[1]. De aquí que también refleja el resultado de cuatro procesos relacionados con la atención a mujeres en situación de aborto:

1. La sistematización de la experiencia generada a lo largo de tres años de atención del Fondo MARIA que desde mayo del 2009 apoya a las mujeres para acceder a los servicios de aborto legal disponibles en el DF

2. De la intervención terapéutica ADAS[a] que desde 2007 ofrece un espacio de revisión de la experiencia emocional de mujeres que han tenido un aborto seguro.

3. La sistematización de los contenidos presentados en la formación: El Acompañamiento como Herramienta de Empoderamiento para Mujeres en Situación de Aborto, realizada por el Fondo MARIA en 2010.

4. La sistematización de la práctica del primer grupo de acompañantes de Fondo MARIA —cuyo proceso ya cumplió dos años— a partir de las sesiones de contención realizadas entre diciembre 2010 y agosto de 2011.

Asimismo, es un llamado a reflexionar en torno a cómo concebimos y damos el acompañamiento, algunasde las personas que hemos estado en contacto con el proceso de las mujeres en situación de aborto desde antes de la despenalización del aborto en la Ciudad de México.

a ADAS, Acompañamiento Después de un Aborto Seguro, es una intervención terapéutica y un protocolo de documentación que ha sistematizado una metodología de atención en el post aborto.

Si pensamos el acompañamiento como un encuentro entre las mujeres que deciden abortar, considerando sus necesidades y solicitudes, y las personas acompañantes cuya intervención se basa en la sistematización de la experiencia de las agrupaciones feministas y del conocimiento científico. El acompañamiento es una relación que se establece y justifica a partir de recibir una solicitud de apoyo y comprometerse en responder a ella. Su duración y forma obedecen a la concepción del tema, su manera de llevarla a cabo, las personas que lo realizan y los recursos (humanos, materiales, económicos) con los que se cuenten, entre otros aspectos.

A partir de lo anterior, esta guía sistematiza contenidos para formar a las personas que elijan ser acompañantes[b]. Compila una serie de ideas de los Estudios de Género,[c,2] reflexiones y referencias bibliográficas de los temas seleccionados que han sido desarrollados por diversos grupos de la sociedad civil, instituciones académicas, colectivos feministas, servicios públicos y privados, nacionales e internacionales, que han sido elaborados a lo largo de muchos años con el fin de ilustrar y dar cuenta de la complejidad de las realidades de las mujeres del mundo. También sistematiza la práctica de acompañar, ahonda en los diferentes aspectos que se requieren y la forma de afrontarlos. Es un documento de consulta permanente, cuya actualización periódica es fundamental.

Esta guía busca:

- Poner al alcance de quienes dan acompañamiento a mujeres en situación de aborto información para apoyar su trabajo cotidiano.

- Compartir experiencias y aprendizajes vinculados al trabajo con las mujeres que han elegido interrumpir un embarazo de manera segura.

- Reconocer la importancia del proceso de sistematizar las experiencias de atención a la salud de las mujeres en el contexto de aborto para recuperar y resignificar esta práctica colectiva.

- Motivar a buscar nuevas maneras de intervenir en temas de salud de la mujer desde perspectivas integrales y sensibles a sus necesidades, con profesionalismo y respeto.

b A lo largo de la guía utilizamos un lenguaje femenino por referirnos a las personas acompañantes considerando que puedan ser mujeres u hombres.
c Entendiendo los Estudios de Género como aquellos que han constituido un campo interdisciplinario en el que confluyen la sociología, la historia, la antropología, la psicología, las diferentes vertientes del feminismo, y más tardíamente, el psicoanálisis.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las acompañantes que apoyaron al Fondo MARIA desde el principio: Elis, Daniela, Aída, Blanca, Gaby y Angélica.

A las participantes de nuestra primera formación: *El acompañamiento como herramienta de empoderamiento para mujeres en situación de aborto* cuyas opiniones, reflexiones y recomendaciones apoyaron a perfilar los contenidos de esta guía. En orden alfabético Blanca, Citlali, Edith, Gabriela, Guiet, Laura, Nayeli, Olga, Oriana y Silvia. A Olivia Ortiz y Claudia Vidal por facilitarlo. Y a Eugenia López Uribe por coordinarlo.

A Ipas México A.C. por el apoyo para el diseño y la impresión de esta guía.

Agradecemos a Sara Larrea del Ecuador, por transmitir sus conocimientos y experiencias para brindar información confiable a las mujeres.

A quienes decidieron convertirse en acompañantes en el Fondo MARIA, a quienes la usarán y desde su práctica la enriquecerán.

A Semillas, Sociedad Mexicana Pro Derechos de la Mujer, A.C. por el apoyo con los recursos para su elaboración.

A las mujeres que han recibido el acompañamiento del Fondo de Aborto para la Justicia Social MARIA y cuyas voces y vidas inspiran esta propuesta de atención.


1
MUJERES
EN SITUACIÓN
DE ABORTO

El aborto no es sólo el hecho puntual; sino también las circunstancias que rodean a las mujeres cuando toman la decisión. Tratar el aborto, implica identificar esas circunstancias y ofrecer información para que ellas accedan a una alternativa inmediata, segura, cálida, respetuosa, solidaria y con apego a la protección de sus derechos humanos.

Entendemos por **situación de aborto:** el contexto de una mujer cuando toma la decisión de interrumpir un embarazo y todas aquellas circunstancias (físicas, emocionales, personales, económicas, sociales) que confluyen. Entre las circunstancias existen situaciones específicas que ameritan una consideración especial, tales como si el embarazo ocurre en una menor de edad, en un contexto de violencia (física, sexual, psicológica), si existe riesgo a la vida o salud de la mujer, la falta de redes de apoyo social y/o contextos de restricción legal.

Algunos aspectos relacionados con la situación de aborto desde esta visión integral y que es indispensable considerar son:

A. Necesidad de conocer servicios de salud y proveedores/as que garanticen una atención segura y cálida.

B. Recibir información veraz y específica para la condición del momento (servicios, requisitos y costos).

C. Preocupación por la desaprobación o rechazo de la pareja, entorno familiar y/o social ante la decisión tomada, provocando inseguridad y retrasando la búsqueda de apoyos.

D. Dificultad económica para cubrir el proceso de atención o para transportarse al sitio donde pueda recibirla de manera segura.

E. Información distorsionada en torno al aborto, generalmente relacionada con el apego a creencias religiosas que desacreditan el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo, su vida y el ejercicio de su sexualidad.

F. Tensión emocional ante la incertidumbre y/o dificultad para resolver todos estos aspectos.

G. Desconocimiento de las causales para acceder a la interrupción legal del embarazo.

H. La minoría de edad que puede ser una barrera para que la mujer acceda a los servicios de salud.

I. La posibilidad de dependencia económica de otras personas.

En esta guía definimos a las **mujeres en situación de aborto como aquellas que están en el proceso de ejercer su derecho a decidir interrumpir un embarazo.**

Atención a mujeres en situación de aborto significa una atención con un enfoque integral que toma en cuenta las necesidades (físicas, emocionales, personales, materiales, y sociales) de las mujeres en su diversidad durante este proceso en un marco de respeto, identificando las diversas circunstancias que enfrentan, con énfasis en el fomento de su autonomía y la toma de decisiones propias; con el fin de proporcionar o facilitar su acceso a servicios seguros y de alta calidad,[3]con apego al respeto de sus derechos sexuales y reproductivos.

Esta atención debe incorporar la **perspectiva juvenil.** Las jóvenes y adolescentes que desean y buscan interrumpir un embarazo, aun dependen de su familia, y enfrentan la falta de respeto de la sociedad y las instituciones de salud que minimizan su potencial y ponen barreras para que ejerzan su ciudadanía sexual.

La perspectiva juvenil identifica a las y los jóvenes y adolescentes como integrantes activos de la sociedad, con dignidad y derechos, con capacidad para tomar decisiones y actuar conforme a sus necesidades, valores y expectativas. Reconoce las distintas identidades de las y los jóvenes y adolescentes tomando en cuenta la diversidad de juventudes que existen. Y propone que sean las y los jóvenes quienes intervengan directamente en los procesos sociales y políticos que tienen que ver con el respeto y ejercicio de sus derechos para contrarrestar su vulnerabilidad, fortalecer su acceso a servicios (educación, salud, vivienda, trabajo, entre otros) y a recursos económicos, materiales, culturales e informativos. De este modo, la perspectiva juvenil significa algo más que integrar un sector de la población, también representa la disposición de diversos tipos de recursos para hacerlo.

Aborto como problema de salud pública[4]

A pesar de los avances en la medicina, millones de mujeres en el mundo siguen arriesgando sus vidas durante el embarazo, el parto y el puerperio. En América Latina se practican 3,700,000 abortos inseguros siendo ésta la causa del 17 % de las muertes maternas. Más del 50% de los abortos se practican a mujeres de 20 a 29 años y casi el 70% a mujeres menores de 30 años.[5]

En México, según el Instituto Allan Gutmacher, entre 1990 y 2006 la tasa de aborto aumentó en 33% con una estimación de 875,000 mujeres, lo cual indica que cada año, aumenta el número de mujeres mexicanas con embarazos no deseados. De la misma manera, de acuerdo a CONAPO las complicaciones por aborto se encuentran entre la tercera y la cuarta causa de muerte materna.

Es importante señalar que el porcentaje de mujeres en edad fértil que no quiere embarazarse y no está usando un método anticonceptivo moderno ha aumentado significativamente en nuestro país en los últimos años, lo que refleja la falta de acceso a métodos anticonceptivos. Por otro lado, es necesario recordar que incluso en los casos en los que las mujeres usan métodos anticonceptivos, la efectividad de los mismos varía, por lo que siempre existe la posibilidad de que ocurra un embarazo no deseado y que la mujer requiera acceso a servicios de aborto seguro. Además de la posibilidad existente de que embarazos planeados se conviertan en no deseados por distintos factores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, practicado por personas sin capacitación o experiencia, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos.[6]

Algunos métodos inseguros son: la ingestión de tés, la introducción de objetos (catéteres, agujas de tejer o alambres) en la vagina; trauma voluntario (caídas, golpes); la ayuda de personas carentes de entrenamiento e infraestructura para realizar el procedimiento de manera segura.

El aborto seguro es aquel practicado en condiciones protegidas, validadas y confiables por personal de salud capacitado e instrumental médico adecuado, en donde la salud y la vida de la mujer estén garantizadas.

Aborto como demanda de la lucha feminista

Cuando se habla del aborto como una demanda feminista, nos referimos al reconocimiento de que la persona tiene la capacidad para tomar decisiones sobre su salud y su vida. Se plantea una visión ética de construcción de la sexualidad y la reproducción basada en la justicia, la equidad de género y el compromiso con la dignidad y la calidad de vida, y en el reconocimiento efectivo de los derechos sexuales y reproductivos, en un proceso de transformación política individual y colectiva.

Las políticas de control sobre el cuerpo de las mujeres, específicamente sobre su sexualidad, son formas de la concepción patriarcal que no le otorga a la mujer la capacidad ni la injerencia para decidir sobre su propia vida y sus deseos. El aborto es una demanda de la lucha feminista porque el cuerpo de la mujer es un campo de batalla en el que la supremacía masculina se disputa, de ahí que la violación o la imposición de la maternidad como único horizonte de desarrollo de la mujer sean algunas de las formas en que ese dominio se manifiesta. El aborto es la reinvindicación de autonomía sobre el propio ser que la sociedad le debe a todos sus ciudadanas y ciudadanos.

Aborto como ejercicio de derechos y justicia social

La igualdad de derechos, la igualdad en el acceso a bienes, recursos y servicios no sólo está marcada por la condición de clase de las personas sino también por su condición de género.

El reconocimiento del aborto como un ejercicio de derechos humanos se sustenta en:

- El derecho a la libertad, la autonomía, la autodeterminación y la intimidad de las mujeres.

- El derecho a la vida y la salud de las mujeres.

El Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dice: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos [...] y tiene el derecho a la protección de la salud". Es decir, que en nuestro país está garantizado nuestro derecho a la salud y a la decisión sobre nuestra reproducción.

Este artículo consagra como derecho fundamental la igualdad formal ante la ley, eso significa que ésta no puede ser aplicada de manera distinta a personas y situaciones similares. Además, también requiere que toda la protección de la ley (incluidas, por supuesto, las causales para la práctica de la interrupción de embarazo) sea igualmente accesible para todas las personas en la situación que la ley describe.[7]

No obstante, las mujeres más vulnerabilizadas y marginalizadas son las que tienen menos acceso a los servicios de aborto seguro y arriesgan su salud y su vida cuando deciden realizarse un aborto.

Por ello es necesario ofrecer información y priorizar el aborto seguro, porque así se cerrará el círculo de embarazos no deseados, abortos ilegales y de riesgo que ejercen una constante violencia sobre las mujeres, especialmente las más jóvenes.

Aborto y ética

Es importante que consideremos que una mujer que enfrenta un embarazo no deseado se enfrenta a un dilema ético, sin importar si elige interrumpir o continuar con el embarazo, porque en esta situación entran en juego sus valores, la consideración de las consecuencias de la decisión que tome y la búsqueda de lo que es mejor para ella en ese momento de vida.

La ética formula principios y criterios acerca de nuestro comportamiento y hacia dónde dirigir nuestra acción. El objetivo de la ética es que la persona

identifique a partir de sus valores qué es lo mejor para ella en ese momento y para la consecución de su felicidad.

Las decisiones personales pertenecen al ámbito de lo que llamamos nuestra conciencia o nuestros valores personales. Las personas necesitamos tomar las decisiones personales en absoluta libertad, tomando en cuenta el beneficio propio y para nuestro contexto.

Por todo lo anterior, y desde una perspectiva feminista, de derechos humanos, social y de ciudadanía,[8] consideramos que somos las mujeres las protagonistas en la decisión sobre la interrupción de un embarazo, porque somos nosotras quienes estamos decidiendo sobre nuestro propio cuerpo, y porque somos personas con derechos y capacidad para aceptar la responsabilidad de nuestras decisiones. La interrupción de un embarazo representa la expresión de la autonomía reproductiva.[d]

Aborto y estigma

Una de las preocupaciones más grandes de las personas que trabajamos el tema del aborto es la estigmatización de la que éste tema es objeto. La **marca** que se impone a gente que se ha practicado un aborto, que trabaja, debate, brinda atención o investiga en torno al tema, ha sido y sigue siendo una carga y un obstáculo para considerarlo un problema de salud en un marco de derechos humanos.

El concepto social de estigma viene de la sociología, y se refiere a las personas con ciertas condiciones, características, identidades o comportamientos que están marcadas o son percibidas como diferentes. Esa calificación simbólica se usa como punto de partida para la exclusión y la discriminación individual o social.

A nivel individual, las personas estigmatizadas sienten vergüenza, culpa y desgracia, por lo cual se sienten desamparadas, sin derecho a acudir a los recursos que pueden cambiar su situación. En la sociedad, las personas que son estigmatizadas son excluidas y marginadas, por lo cual a menudo quedan sin el apoyo de las redes sociales a las que acudirían en otras situaciones.

Examinar el estigma relacionado con el aborto implica explorar su vinculación con cuestiones culturales, sexuales, de género y maternidad en la sociedad. Por ejemplo, un mito asociado al aborto es que las mujeres que abortan son sexualmente promiscuas o "pecadoras" por haber violado las normas sexuales y religiosas de la sociedad en la que viven. Esto podría funcionar como barrera para buscar apoyo social y, por lo tanto, hacer algo para recuperar su bienestar emocional.[9]

d Autonomía reproductiva se aborda con mayor detalle en una sección posterior.

El estigma relacionado con el aborto es generado y experimentado tanto a nivel personal como social. Si bien puede tener formas y consecuencias comunes en diferentes contextos, siempre es importante tener en cuenta las causas y consecuencias del estigma relacionado con el aborto, a fin de crear los medios adecuados para mitigarlo a nivel local. El siguiente diagrama hace hincapié en las categorías que se deben examinar para comprender plenamente el estigma relacionado con el aborto y que pueden tener un impacto negativo en la salud y la vida de las mujeres: las interacciones personales; las familias y las comunidades; los discursos populares y médicos; el gobierno y las estructuras políticas; y las instituciones sociales, tales como la educación y la religión.[10]

ESTIGMA CON RELACIÓN AL ABORTO

MANIFESTACIONES ADVERSAS	Secreto Silencio Negación Vergüenza Culpa	Miedo Actitudes negativas de prestadores de servicios Penalización
REPERCUSIONES EN TRATO A LAS MUJERES	Retraso en la atención Autoinducción Pérdida de reconocimiento social Aislamiento	Uso de personal de salud no capacitado Interposición de una acción judicial
CONSECUENCIAS EN LA VIDA DE LAS MUJERES	Complicaciones clínicas de abortos inseguros Muerte Suicidio Asesinato Maltrato Atención de mala calidad	Abandono de estudios Disminución de las perspectivas de matrimonio Aumento en el costo del procedimiento Pérdida de libertad

Aborto y juventud

El número de embarazos no deseados en mujeres jóvenes o adolescentes está fuertemente vinculado con las normas de género y la desigualdad de oportunidades educativas y laborales para las mujeres. Las mujeres jóvenes o adolescentes se enfrentan a una mayor vulnerabilidad que otras mujeres de edades más avanzadas, muchas veces la violencia o la presión social les dificulta tener control sobre sus cuerpos, tomar decisiones, así como tener acceso a recursos dentro y fuera del hogar.

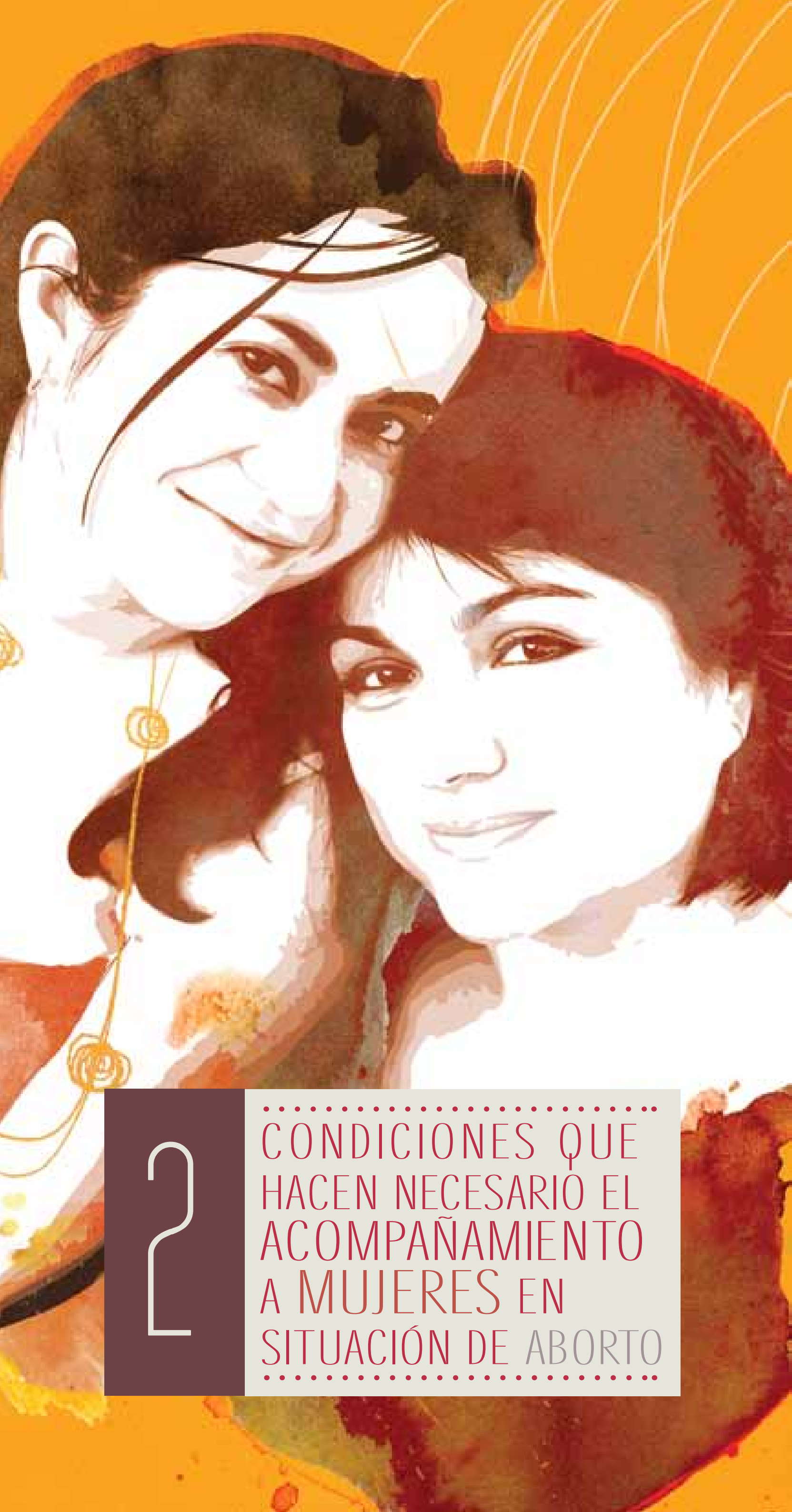
Las mujeres jóvenes, adolescentes y niñas, son las más vulnerables a la coerción, abuso y explotación sexual, ya sea por desconocidos, por la pareja, o por familiares. Un ejemplo de esto es que casi el 50 por ciento de los ataques sexuales en todo el mundo ocurren en contra de niñas o adolescentes menores de 16 años.

Es más frecuente que el aborto en mujeres jóvenes sea inseguro. Se estima que en América Latina y el Caribe entre el 30 y el 50% de los embarazos en mujeres jóvenes no son planeados, que cerca del 38% de las mujeres se embaraza antes de los 20 años y que hasta un 25% de los nacimientos son de mujeres entre los 13 y los 19 años. Asimismo, en la región de América Latina el 70% de los abortos inseguros ocurren entre mujeres menores de 30 años.

Las mujeres jóvenes, por lo regular, tienen más dificultades para obtener servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y las barreras se incrementan cuando el servicio que se está buscando es para realizarse un aborto, incluso en los casos en los que éste es legal, por todo el estigma social que conlleva. No suelen tener acceso a suficiente información, no se respeta su derecho a la confidencialidad, los servicios son escasos, además de que prevalecen las actitudes desalentadoras y discriminadoras por parte de las y los prestadores de servicios.

Muchas veces el aborto en mujeres jóvenes o adolescentes, ya sea espontáneo o voluntario, es el primer contacto que las mujeres tienen con los servicios de salud sexual y reproductiva, lo que provoca que no sea sencillo para ellas reconocer si el procedimiento se desarrolla en condiciones poco salubres y negligentes. La incidencia de abortos inseguros y sus consecuencias aumenta entre las jóvenes de áreas urbanas, sobre todo, donde el aborto es ilegal y los servicios de salud son ineficientes.

Estas condiciones generan que las mujeres menores de 20 años en situación de aborto estén expuestas a situaciones de vulnerabilidad más profunda. Es fundamental que los gobiernos y las sociedades reconozcamos a las y los jóvenes como personas sexualmente activas con derechos sexuales y reproductivos mediante políticas, leyes y programas específicos. [11,12]



2 CONDICIONES QUE HACEN NECESARIO EL ACOMPAÑAMIENTO A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO

Diversas condiciones han obligado a las mujeres a enfrentar la decisión de interrumpir un embarazo en silencio y a menudo en soledad. Las restricciones legales, el estigma que existe en torno al aborto, entre otros muchos aspectos, han provocado que vean restringidas sus posibilidades de apoyo y recurran a servicios inseguros para atenderse.

Por otra parte, existen una serie de aspectos que estructuran la vida de las mujeres que influyen en la forma como construye las opciones y posibilidades a las que tiene acceso en la situación de un aborto.

Quien acompaña necesita tomar en cuenta estas condiciones y tener presente que en cada caso pueden presentarse de manera combinada. A continuación se presentan algunas que nos parecen más importantes a tomar en cuenta.

FACTORES QUE DETERMINAN LA CONDICIÓN DE LA MUJER EN NUESTRA CULTURA

Las elecciones reproductivas de las mujeres están condicionadas por una variedad de factores que incluyen la historia individual, familiar y social, la herencia cultural, las condiciones materiales y económicas, las condiciones legales y políticas de un momento histórico, así como las condiciones íntimas y psíquicas de la vida de cada mujer.

Cuando pensamos en los factores que inciden en las decisiones reproductivas de las mujeres es necesario considerar el contexto: la edad, situación de pareja, las condiciones en las que se dio el embarazo, salud, situación económica, situación laboral, formación religiosa, principios éticos, el proyecto de vida, su capacidad para reconocerse como responsable de su propia vida, y la forma o patrón de respuesta para hacer frente a crisis en su vida.[13]

Género

2.1.1 Cultura patriarcal

Como sabemos, los hombres tienen más poder en nuestra sociedad que las mujeres. Esto quiere decir que nuestra cultura valora y otorga privilegios a los hombres. El sexismo, o discriminación basada en el sexo, provoca diferenciación en las actividades, los derechos básicos y las oportunidades de las mujeres y los hombres, colocándolas en una situación de dominación y subordinación. Por ejemplo, en varios países del mundo las mujeres reciben menor salario por igual trabajo que los hombres.[14]

La opresión que vive cada mujer manifiesta variaciones y diferencias importantes de acuerdo con la clase social a la que pertenece y al lugar que ocupa dentro de la estructura desigual de oportunidades.[15]

Es importante que tengamos presente que este orden social significa para las mujeres un mayor esfuerzo para lograr un trato digno y respeto de su autodeterminación. En el caso de adolescentes y jóvenes esta opresión suele ser mayor ya que se encuentran en una situación de desequilibrio de poder y de género mayor frente a las y los adultos.

En el caso del aborto, esto es importante porque las coloca en condiciones de mayor riesgo físico y emocional, como recibir información distorsionada que las confunda; desconocer los servicios donde pueden ser atendidas de manera segura y confidencial, carecer de los recursos económicos para acceder al aborto, entre muchas otras.

Estereotipos

Nuestra cultura ha creado modelos dominantes que definen cómo debe ser lo masculino y lo femenino y cómo deben relacionarse entre ellos. Esto aplica en todos los ámbitos de la vida de las mujeres y los hombres.

En el caso de la sexualidad, la sociedad dominada por los hombres ha controlado históricamente la capacidad reproductiva de las mujeres, sus alternativas y los roles que deben desempeñar. De esta manera, hemos aprendido que es "natural" la diferencia entre hombres y mujeres.

Los estereotipos limitan a las mujeres al confinarlas a los roles del "género femenino," particularmente el de madres y encargadas de cuidar de otros/as, y las excluyen de los roles del "género masculino": pensadores y líderes sociales, políticos, religiosos, emprendedores y dirigentes. A las mujeres se nos considera "el sexo débil" con las características de vocación de servicio, debilidad e inhabilidad emocional de tomar o mantener decisiones, vulnerabilidad y dependencia, lo que se convierte en una fuerte barrera para buscar nuestro empoderamiento.[16]

De este modo, las distintas formas en que construimos nuestra identidad con base en esa idea de los genéros están estrechamente vinculadas con la definición social de nuestro ser y nuestro cuerpo como un cuerpo/ser para los otros.[17] Cuando las mujeres enfrentamos decisiones que cuestionan los roles que hemos aprendido, se generan tensiones que influyen en el proceso de toma de decisión sobre nuestro cuerpo y nuestra capacidad reproductiva.

Desigualdades de género

Las mujeres nos afirmamos en una sociedad donde prevalecen la desigualdad y las inequidades de género.[18] Algunos datos que lo demuestran son: [19,20]

- más del 50% de las personas que viven en pobreza en el mundo son mujeres;[21]
- los hogares sostenidos por mujeres suelen ser los más vulnerables;[22]
- las mujeres asumen mayor carga de trabajo;
- las mujeres cuentan con menores niveles de instrucción;
- al menos una de cada tres mujeres ha sufrido violencia por parte de un perpetrador conocido o de su propia familia;
- una de cada tres mujeres ha sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida;
- una de cada cinco mujeres sufre violencia por su pareja actual;
- más del 60% de las mujeres muertas en zonas urbanas son resultado de violencia intrafamiliar, y
- los delitos sexuales que se cometen hacia las mujeres son ejercidos por hombres conocidos o del mismo núcleo familiar.[23]

Estructura familiar

La familia es una de las instituciones que contribuye a establecer normas, valores y leyes que legitiman y autorizan la desigualdad, la inequidad y la violencia contra las mujeres.[24] Estas ideas han sido construidas histórica y socialmente y están en nuestras mentes como si fuera "lo normal". Las recibimos durante nuestra infancia y las transmitimos de la misma manera.

Este aprendizaje favorece la privación de:[25]

- la libertad de las mujeres sobre el propio cuerpo, donde en la mayoría de las sociedades las mujeres no pueden decidir tener hijos o no y en qué momento, y cuando están embarazadas son forzadas a llegar a término;
- el acceso al saber y la enseñanza, para obtener la sumisión y, muchas veces, la adhesión completa de las mujeres a esa situación de sometimiento, y
- el acceso a funciones de autoridad, sean políticas, económicas o religiosas.

Entonces, a las mujeres se nos educa desde pequeñas en y para la función materna, tanto en la potencialidad reproductiva de la maternidad biológica, como en el trabajo social del maternaje (es decir, los trabajos de cuidados y atención a los otros),[26] la posibilidad de decidir no ser madres no aparece en nuestra educación.

El cumplimiento del papel esperado se ve recompensado por el reconocimiento familiar y social que repercute directamente en la autoestima de la mujer: corresponder con los estereotipos y ser valoradas como bien portadas, muy trabajadoras, jóvenes eternas, bellas escultóricas, silenciosas admiradoras de los hombres, obedientes e inocentes criaturas en las parejas, las familias, las comunidades y el Estado, produce en la mayoría de las mujeres goce y autovaloración por el cumplimiento del deber y por la aceptación personal y social.[27]

Por todo lo anterior, cuando las mujeres decidimos interrumpir un embarazo somos estigmatizadas y rechazadas, lo que propicia la pérdida de la seguridad y la confianza en nosotras mismas. La existencia de redes sociales de apoyo para las mujeres que están en situación de aborto posibilita espacios de reconocimiento de su valor, de la legitimadad de su decisión y de empoderamiento.

Situaciones de vulnerabilidad frente al embarazo

Aborto y vulnerabilidad

Ser vulnerable, desde la perspectiva de los derechos humanos se refiere a que la situación social de una persona puede influir negativamente en su capacidad para ejercer control sobre su propia vida, sexualidad y salud.

Por otra parte, la vulnerabilidad está relacionada también con la forma en que las personas enfrentamos los problemas y el estrés que estos generan, y con la red social de apoyo con la que contamos. Además, las condiciones de marginación, la escasez de recursos, los condicionantes de género y los conflictos generados por las relaciones sociales en estos contextos, provocan que las mujeres, y particularmente las jóvenes y adolescentes, enfrenten de manera aislada y marginada la situación de aborto, colocándolas en condiciones de mayor riesgo físico y emocional.

Tradicionalmente, los servicios de atención y asistenciales consideran a las personas que atienden como víctimas; esto trae como consecuencia un "juego", en el cual, la/el prestador de servicio asume el rol de "salvador" o "mesías" que alimenta su ego y no apoya realmente a las personas.

Como acompañantes necesitamos estar atentas a las situaciones de vulnerabilidad de las mujeres que atraviezan por la decisión de interrumpir un embarazo, teniendo cuidado con no caer en el juego de ser sus salvadoras, cuidando el enfoque de empoderamiento en donde nuestra función es dar información y apoyo para que sea la mujer la protagonista de su vida.

Toma de decisiones frente al aborto

En nuestra vida suceden diversos acontecimientos que influyen en las decisiones en todos los ámbitos. Las circunstancias y acontecimientos en la vida de las mujeres pueden colocarlas en situaciones de vulnerabilidad frente a un embarazo.

Tomando en cuenta esto, en la mayoría de los casos podemos afirmar que son circunstancias específicas de la vida las que llevan a las mujeres a tomar la decisión de un aborto. En cada caso particular, determinadas situaciones vitales propician que una mujer no se vea a sí misma como madre en ese momento y en esa circunstancia.[28] Un estudio realizado por Ipas en el DF durante 2008, reveló al menos dos situaciones de las mujeres que optaron por una ILE: a) condiciones previas que habían afectado en diversos niveles su vida y b) la ILE fue la posibilidad de cambiar o evitar afectaciones mayores.[29]

La decisión de abortar es compleja y relativa al momento vital, a la relación de pareja, a la situación económica, entre otros. Pocas veces las causas se presentan puras; además la sensibilidad y la historia personal de las mujeres constituyen aspectos fundamentales a la hora de tomar la decisión, y por ello es necesario ubicar ese aborto en la circunstancia específica en que se realiza.

Considerando que la decisión de abortar es el resultado de negociaciones consigo misma (su ideología o sistema de creencias, su realidad social y su deseo), se comprende que no siempre se trata de una decisión fácil. Por ello podemos esperar que durante el proceso de toma de decisión las mujeres se muestren indecisas, preocupadas o confusas. Sin embargo, es importante estar atentas cuando la negación a abortar se debe a una creencia religiosa o filosófica muy firme, no cuestionada bajo ninguna circunstancia, porque ésta no es una decisión, sino el cumplimiento de un precepto o una imposición.[30] Es fundamental escucharla activamente para brindarle la información y la confianza que necesita y facilitar la reflexión que le permita identificar cuál sería su decisión más allá de cualquier creencia o precepto religioso. Es decir, apoyarla a tomar su decisión en un marco de empoderamiento.

Proyecto de vida

Los cambios en el rol de las mujeres en el ámbito público y privado han propiciado, que más alla de la esfera doméstica, existan otras esferas importantes de desarrollo como el trabajo, la relación de pareja, la oportunidad de estudiar, entre otras. Ello ha llevado a que muchas mujeres posterguen la maternidad o decidan no ser madres, puesto que se entiende que hay muchas formas en que las mujeres contribuyen con la sociedad y que su aporte no se limita a la posibilidad de parir.

Esta resignificación de las prioridades en la vida y las implicaciones que tienen en la construcción de la identidad de las mujeres, tiene como consecuencia toma de decisiones frente a un embarazo no planeado o no deseado desde la certeza de que la maternidad no puede ser impuesta.[31] Las mujeres que elijen la experiencia de la maternidad tienen hoy más conciencia sobre la necesidad de estar en armonía con ellas mismas a la hora de asumirla, ya que ello va a repercutir en la calidad de vida que le puedan dar a su descendencia.

Poco a poco, se reconoce el proyecto de vida de la mujer como un argumento válido para interrumpir un embarazo que frustraría sueños y anhelos forjados. A su vez, reconocer el proyecto de vida como una de las razones que muchas mujeres esgrimen para no ser madres, indica que las expectativas hacia la maternidad son cada vez más altas y que se espera dar un tiempo y un afecto de calidad, antes que una maternidad que se quede en el enunciado pero que no conlleve un verdadero compromiso.

De otro lado, esta elección también hace evidente que la sociedad actual pone en contradicción el rol del cuidado con el rol económico, son escasos los servicios destinados a garantizar los cuidados mínimos que madres y padres necesitan para cumplir con sus responsabilidades familiares y laborales. Es posible que si la sociedad asumiera una economía del cuidado como una prioridad muchas mujeres no sentirían en disputa la maternidad con su desarrollo profesional o económico.

En este contexto, el proyecto de vida —vinculado con la autodeterminación y la elección de cómo vivir— puede verse afectado con la continuación de un embarazo que es incompatible con el diseño individual de dicho proyecto que perjudica las expectativas de las mujeres sobre su bienestar futuro, además de afectar su salud física, emocional y/o material actual.[32]

En las adolecentes y jóvenes la proyección hacia el futuro forma parte de un naciente proceso en el que se van reconociendo como sujetas de derechos. La pregunta "¿Quién soy yo?", las sitúa en el punto de partida de aquello que aspiran ser y hacer en el corto, mediano y largo plazo. Un proceso sujeto al cambio gradual de dependencia a autonomía propio de esta etapa. Dependencia y autonomía en el orden afectivo-sexual, social y económico.

No obstante, en lo que respecta a las prácticas sexuales se espera que mujeres y varones desarrollen sus proyectos de vida estrechamente vinculados a los modelos de masculinidad y feminidad hegemónicos en nuestra cultura. En el caso de los hombres un modelo homofóbico, asociado al saber sexual, a la necesidad de una vida sexual activa, a la disociación entre afecto y acto sexual, a la doble moral sexual. En el de las mujeres, un modelo asociado al desconocimiento sobre las prácticas sexuales, a la pasividad erótica, a la postergación del placer sexual, a la relación estrecha entre práctica sexual y afecto, a la vida sexual en el marco de la pareja, a la jerarquización de los fines reproductivos.

Por ello es necesario conocer y reflexionar sobre los modelos de feminidad desde los cuales hablan, sienten, piensan y actúan, como adolescentes, jóvenes o adultas.

Autonomía sexual y reproductiva

La aparición de los métodos anticonceptivos modernos (en especial la píldora anticonceptiva en 1956) hizo efectiva en la práctica cotidiana la posibilidad de diferenciar la sexualidad de la reproducción. A partir de entonces, las mujeres

contaron con un instrumento que les permitió el desarrollo de su autonomía sexual en tanto posibilidad de regulación de la fecundidad. Esto también permitió colocar en el debate público el rol social de las mujeres, el cuestionamiento a la maternidad como destino insoslayable y el derecho a la maternidad elegida, y sobre todo, el derecho de las mujeres al disfrute de la sexualidad.[33]

Sin embargo, elegir cuántas criaturas queremos tener, cuándo tenerlos y qué momentos de nuestras vidas queremos dedicar a su cuidado sin coerción ni discriminación, así como el acceso a la mejor atención para el cuidado de nuestra salud, son derechos que aun no pueden ejercer todas las mujeres.

El concepto de autonomía en el campo de la sexualidad está referido a la idea de que la persona desarrolle la capacidad de negociar sexualmente con el otro, desde un lugar de equidad, y no desde posiciones subordinadas. Implica poder identificar, conocer y significar las propias necesidades sexuales y buscar formas de satisfacción en el marco del respeto por las propias decisiones. Implica el desarrollo de una relación con el propio cuerpo de conocimiento, respeto y cuidado. E implica, particularmente, saberse sujeta/o de derechos también en el campo de la sexualidad y las decisiones reproductivas. Tomar decisiones en lo que a la vida sexual se refiere, de manera informada, voluntaria y responsable, favorece el desarrollo de sujetos autónomos e integrales en otras áreas de su existencia y contribuye a la construcción de la ciudadanía.

La autonomía sexual está íntimamente relacionada al concepto de empoderamiento. Es decir, *nos referimos a la generación de condiciones que posibiliten un proceso de construcción del autocuidado sobre la base del autoconocimiento y disfrute del propio cuerpo, el ejercicio pleno de derechos sobre la base del respeto y la integración del otro en tanto también sujeto de derechos. En este campo, empoderamiento significa entonces sentirse y considerarse con poder para tomar decisiones sexuales y reproductivas autónomas y responsables, respetuosas e informadas.*[34]

La autonomía sexual es una dimensión de la autonomía del sujeto; pero, en tanto la dimensión afectivo-sexual está en la base de la identidad, la construcción de la autonomía sexual posibilita el más pleno desarrollo de las otras dimensiones de la autonomía.

En el caso de jóvenes y adolescentes, y especialmente menores de edad, ha existido una tendencia a imponer restricciones al ejercicio de sus derechos y obligaciones, retrasando su participación en las actividades y decisiones relacionadas con su sexualidad por ello es fundamental conocer el concepto de capacidad evolutiva o evolución de facultades.

La Convención sobre los Derechos del Niño introduce, por primera vez en un tratado internacional en materia de derechos humanos, el concepto de "evolución de las facultades" del niño. El artículo 5 de la Convención estipula

que la dirección y orientación impartidas por los padres u otras personas encargadas legalmente del niño deben tomar en consideración la capacidad del mismo de ejercer sus derechos por cuenta propia. De ese modo concede al principio de autonomía la capacidad potencial de extenderse más ampliamente a los niños, sin por ello dejar de proporcionar el marco protector necesario para evitar que padezcan explotación, daños o abusos.[35]

El ejercicio de la autonomía requiere el cumplimiento de tres condiciones: la capacidad, el deseo y la oportunidad. Desde esta óptica, la autonomía sexual y la reproductiva de las mujeres adolescentes y jóvenes deberán regirse por estas condiciones, que les brindan el derecho a decidir.


3
EL ABORTO
DESDE LA
MIRADA DE LOS
HOMBRES

Es cierto que la decisión de interrumpir un embarazo atraviesa a las mujeres (su cuerpo, su emoción y experiencias), pero también incluye la vivencia de sus parejas sexuales cuando están presentes. Así, los hombres que se ven involucrados con sus parejas en un embarazo no deseado, en la decisión sobre interrupción del embarazo, o una vivencia de aborto se pueden expresar de diferentes maneras.[36] Algunos han rechazado el embarzao y a partir de esto se han distanciado de la pareja. En otras ocasiones, en las que hay diferencia de opinión, los hombres se han mostrado respetuosos y no han dejado de apoyar a la mujer en su decisión. La evidencia también habla de que los varones están presentes y han ocupado un lugar respetuoso en la toma de decisión, búsqueda de información y el apoyo emocional y económico de sus parejas.

Una idea generalizada es que los hombres se mantienen distantes del proceso de aborto de las mujeres, sin embargo, de acuerdo con la experiencias del Fondo MARIA y ADAS, es cada vez más frecuente que las mujeres integren a la pareja quien también solicita participar en el proceso. Esto también ha sido documentado en otros países.[37] No obstante, un reclamo común de las mujeres es que los servicios públicos y privados no suelen contemplar la integración de la pareja masculina en las diferentes etapas de la interrupción.

Percepción de los hombres en torno al aborto.

De acuerdo con la práctica y lo documentado por diversos estudios, su percepción está marcada por su posición social y su ubicación en las relaciones de pareja y familiares, y es común observar que su respuesta no es de indiferencia o que no les compete y afecta emocionalmente. Al contrario, todo indica que a muchos hombres la vivencia del aborto también los invita a realizar una revisión profunda sobre su proyecto de vida y de pareja y su deseo de paternidad.

Los hombres y la decisión del aborto.

La opinión de los hombres suele ser un factor importante en la decisión de las mujeres de realizarse o no un aborto, y diversos estudios han mostrado que esta opinión tiene mayor probabilidad de imponerse en las relaciones tradicionales de dominio masculino y subordinación femenina. En la decisión sobre el aborto, los hombres presentan un dilema en cuanto al derecho a la autodeterminación del cuerpo de la mujer y su derecho a opinar y participar en la decisión de mantener o interrumpir un embarazo donde ha participado de manera activa, ya sea porque no considera a la mujer la persona indicada para hacerlo o porque no quiere casarse, entre muchas otras razones. El dilema subsiste porque no es posible plantear el problema en términos

de derechos paritarios pues las condiciones de hombres y mujeres no son equitativas a nivel social, y tampoco podemos plantearlo en forma absolutamente excluyente.[38]

Los hombres en la práctica del aborto.

La práctica de aborto legal en el DF y algunas investigaciones han revelado que la responsabilidad del hombre ante el aborto voluntario está relacionada con el vínculo emocional y el tipo de relación con su compañera. Se ha observado que a mayor vínculo emocional de él hacia ella, mayor es el apoyo del hombre. Además de las características personales, también se ha mostrado que el contexto material y las relaciones de poder que se den entre ambos, determinan la forma en que el hombre responde a las necesidades y derechos de la mujer con un embarazo no deseado. Esto influye por tanto en el tipo de apoyo que puede proporcionar a la pareja: emocional, material, etcétera. [39]

Como es señalado en ***Sí es mi embarazo. No es mi cuerpo: Guía para promover la presencia de los hombres jóvenes en el proceso de aborto desde un enfoque de equidad y derechos***,[40] no hay dudas de que la experiencia corporal de los procesos sexuales y reproductivos marcan una diferencia en la forma como hombres y mujeres enfrentan un embarazo no planeado.

La noticia impacta y puede ser estresante, en algunos casos paralizante, tanto para las mujeres como para los hombres. Según se reporta, el impacto de la noticia en los varones parece estar ligado al momento de vida y al momento de la relación. También se ha observado que cuánto "más en crisis" se percibe la relación, el aborto muchas veces termina por resolver la crisis en separación. En el caso de los abortos que ocurren en el contexto de una pareja ocasional o de primera vez, el impacto se vive con otra intensidad ya que se dejan de lado los vínculos afectivos que usualmente existen en una relación de pareja que ha tenido más tiempo para entablar un vínculo emocional.[41]

Dicha guía y lo investigado por organizaciones como Exhale y Bpas, (organizaciones norteamericana e inglesa respectivamente) nos permite citar algunas de las preocupaciones y reacciones más comunes entre los varones cuando participan en el aborto de su pareja. Esto significa que podemos encontrarlas en los comentarios de las mujeres que acompañamos.[42]

Ser fuerte para ella y al mismo tiempo no influenciar demasiado.

Parece común esta preocupación por mantener una imagen de fortaleza y soporte frente a la mujer. Sin embargo, también se ha identificado que aun si el varón está intentando ser fuerte es importante tomar en cuenta que contarle a la mujer lo que siente no es decirle lo que debe hacer.

Deseos de continuar con el embarazo.

Cuando se plantea esto en la pareja, es importante tomar en cuenta que si la mujer tomó una decisión contraria a la pareja, entonces a la pareja le corresponde respetarla y asimilar los efectos en su persona. Si la diferencia de opinión genera o plantea una ruptura en la pareja, será conveniente explorar la posibilidad de una orientación profesional.

Examinándolo todo.

La mayoría de las mujeres que están enfrentando un embarazo no planeado se encuentran examinando todos los aspectos de sus vidas—sus relaciones, familia, trabajo, escuela, metas y sueños, sin embargo, también sucede en el caso de los hombres. Ellos pueden estarse preguntando si desean tener la experiencia de la paternidad con esa pareja, en esas condiciones (económicas, de vínculo afectivo, familiares, de proyecto de vida, entre otras) si prefieren postergarla para otro momento o no desean experimentarla.

Sensación de estar excluido de lo que está pasando.

A veces la pareja puede sentirse como un simple donante de espermatozoides que no tiene voz ni voto. Según lo ha demostrado la práctica y la investigación documentada, esto se relaciona con el tipo de vínculo afectivo que existe entre la pareja. Cuando se trata de relaciones temporales o casuales en las que no existe un vínculo afectivo el silencio de las mujeres también puede ser interpretado como una expresión de la violencia generalizada hacia las decisiones autónomas de las mujeres sobre aspectos de su sexualidad y su fecundidad. Las mujeres pueden preferir evitar las presiones y la falta de apoyo hacia sus decisiones por parte de sus parejas, sus familias, amigos, etc.[43]

Por todo ello, es importante tener presente que los varones participan como pareja pero también como familiares, amigos o parte de redes sociales. En cualquier caso pueden facilitar y apoyar directamente a las mujeres que enfrentan un aborto brindando alguno de los siguientes apoyos, en particular si se trata de hombres interesados en construirse como aliados y acompañantes que desean ser partícipes del proceso: [44, 45, 46]

- Emocional (ante el temor, la pérdida y/o el alivio, la presión social, etc.), sobre todo expresando sus sentimientos y opiniones, y en especial si el nivel de intimidad con la mujer es favorable;

- Económico (pago del aborto y de los cuidados posteriores), o localizar centros donde se apoye a las mujeres;

- Material (colaborando en conseguir información sobre las opciones para enfrentar un embarazo no deseado, información sobre métodos para

abortar, dónde encontrar servicios seguros y accesibles, un espacio seguro en el que pueda permanecer durante el aborto si es inducido con medicamentos, entre otros);

- Cuidados de la salud (atención en las primeras horas después del aborto y posibles signos de alarma de complicaciones; Informarse sobre cómo prepararse para las propias reacciones emocionales como para las necesidades físicas y psicológicas de la mujer después del procedimiento de aborto; prevención de otro embarazo no deseado involucrándose en el uso de anticonceptivos); participación en la/s consulta/s médicas cuando acudan a los servicios de salud y cuando no sea posible, un seguimiento de las indicaciones o explicaciones dadas por el personal de salud;

- Vida cotidiana (labores domésticas y crianza de hijos/as). Es decir no sólo en el evento mismo, sino en todo el proceso y en las dimensiones que dan contexto y forma a la experiencia de un aborto, y

- Comunitario (Conocer la forma como las determinaciones de género influyen en las relaciones de pareja; utilizar su posición en la casa y en la comunidad para hablar sobre el embarazo no deseado y las opciones para manejarlo).



4 ACOMPAÑAMIENTO Y EMPODERAMIENTO A MUJERES EN SITUACION DE ABORTO

El acompañamiento a mujeres en situación de aborto reconoce que en las circunstancias que afectan a una persona, entran en juego la situación que enfrenta, los conflictos de su época, su entorno y su historia personal.[47]

Por acompañamiento entendemos la escucha activa, la orientación y la atención logística en todo el proceso de aborto de la mujer y desde que inicia su solicitud de atención o búsqueda de información.

Consideramos el acompañamiento a mujeres en situación de aborto un proceso que posibilita el fortalecimiento del poder personal para tomar decisiones y ejercer derechos. Mediante un protocolo de atención responder a las múltiples necesidades relacionadas con los diversos aspectos (individuales, familiares y sociales) que confluyen en los diferentes momentos que transita una mujer cuando elige el aborto como una opción (conocimiento del embarazo, toma de decisión, búsqueda de información, procedimiento, post aborto).

Acompañamiento y empoderamiento

Entender el acompañamiento como un proceso que puede posibilitar el empoderamiento es una propuesta de la práctica de acompañamiento del Fondo MARIA. Sabemos que las mujeres solicitan del acompañamiento aspectos tan puntuales como un apoyo económico o la referencia de un servicio seguro de atención y tenemos la convicción de que desde una postura de respeto y apoyo, alejándonos del asistencialismo, podemos colocar una semilla de empoderamiento en las mujeres. Reconocemos que no es posible saber realmente si ese empoderamiento se da o no, ni es posible que lo manifieste la mujer durante el breve tiempo que se mantiene un trato con ella. No obstante, es parte de la apuesta de este encuadre. Integrarla significa ofrecer una opción más en un momento donde suelen estar restringidas las posibilidades.

Empoderamiento se refiere a un proceso continuo a partir del cual fortalecemos nuestras capacidades para expresar y defender lo que queremos para nosotras y nosotros, para ejercer nuestros derechos, tener mayor confianza en nosotras y nosotros y asumir el poder de controlar nuestras propias vidas y nuestras relaciones personales y sociales.

El empoderamiento significa que las mujeres[48]:

- Son capaces de tomar decisiones autónomas sobre sus vidas;

- Validan sus necesidades (materiales, físicas, emocionales,) como aspectos prioritarios a atender en su vida;

- Aprenden a articular eficazmente sus derechos humanos y sus necesidades físicas y emocionales;

- Obtienen acceso a recursos económicos y otros para satisfacer esas necesidades, y

- Son capaces de reflexionar colectivamente sobre sus experiencias, de organizar y articular sus demandas frente al gobierno, otras agencias y el sector privado, a nivel local, nacional e internacional.

La participación de los hombres en el empoderamiento de las mujeres significa que ellos:

- Expresan sus emociones de manera no violenta y abren espacios de diálogo y negociación;

- Promueven la equidad de género en sus espacios individuales, familiares y sociales;

- Asumen su papel en los procesos de la reproducción;

- Son capaces de respetar las decisiones autónomas de las mujeres;

- Comparten el acceso a los recursos con las mujeres, y

- Reflexionan colectivamente sobre la necesidad de fortalecer la participación política de las mujeres a nivel local, nacional e internacional.

Esta manera de entender el empoderamiento no identifica el poder en términos de dominación sobre otras personas, sino como el incremento de las capacidades, de la formación, de información y del ejercicio de derechos como ciudadanas.

Decimos que una mujer está empoderada cuando tiene confianza en quién es para tomar decisiones propias y movilizarse para buscar su felicidad.

El acompañamiento desde el empoderamiento busca que la mujer en situación de aborto:

- Reconozca su propio poder y capacidad para lograr sus propósitos;

- Reconozca, confirme o refuerce su capacidad y derecho a decidir la interrupción de un embarazo;

- Reconozca su capacidad de actuar por cuenta propia y su autodeterminación;
- Afirme y reflexione sobre la importancia de mantener la seguridad y confianza en ella misma;
- Mantenga presente que sus constantes acciones y decisiones son la manera de perseverar el ejercicio de sus libertades, y
- Reflexione sobre las diferentes prácticas o condiciones que la mantienen en estados de sometimiento, tales como ser víctimas de chantaje, de hostilidad emocional o social; y todas las formas de violencia. De la misma manera, recibir apoyo para superar estas condiciones.

Para efectos del proceso de acompañamiento, consideramos que el empoderamiento es mutuo: la persona que acompaña usa su propio poder para estimular el proceso de fortalecimiento de la mujer acompañada, y la mujer acompañada incide en el empoderamiento de la que acompaña. Ambas personas crecen en conocimientos y experiencias, lo que reditúa en su seguridad y capacidad de acción futura. El ejercicio del derecho a decidir de la mujer acompañada brinda certeza en la mujer que acompaña sobre su propia autodeterminación.[e]

Acompañamiento y redes sociales de apoyo

Las redes sociales de apoyo son todas las personas, organizaciones y recursos sociales del entorno personal de la mujer que pueden significar fortalezas para que las mujeres ejerzan sus derechos.

El apoyo que proporcionan es emocional (p. ej. para tomar decisiones, durante enfermedades o problemas personales y familiares), e instrumental (acceso a servicios, información, objetos materiales). Así, el apoyo de las redes sociales lleva a la persona a tener confianza en que es querida, cuidada, estimada y valorada, y que forma parte de una comunidad de relaciones interpersonales de cuidado. Las redes sociales de apoyo son necesarias para cualquier persona, pueden influir de manera positiva y sirven para que las personas puedan potencializar su capacidad de sanar emocionalmente.

En la situación de aborto, el acompañamiento forma parte de estas redes de apoyo social, ya que con frecuencia las personas más cercanas de las mujeres no siempre son de apoyo. Diversas investigaciones han identificado que la experiencia del aborto cambia significativamente cuando una mujer tiene acceso a redes de apoyo, por ejemplo: romper la sensación de soledad, acceder a más y mejor información sobre sus opciones, intercambiar experiencias, ampliar sus contactos sociales y tener la confianza de que tienen un respaldo.[49]

e La autodeterminación o libre decisión alude al derecho y a la capacidad de las personas de tomar decisiones sin intervención ajena.



5 PARA UN ACOMPAÑAMIENTO FEMINISTA DESDE LOS DERECHOS HUMANOS

Formarse como acompañante

Para formarse como acompañante el primer aspecto es decidir serlo. Y quien ha decidido serlo seguramente se tendrá que plantear y responder algunas preguntas básicas:

¿Qué me motiva a serlo?

¿Qué opino del aborto?

¿Por qué siento que quiero acompañar a mujeres en situación de aborto?

¿Qué significa para mí dar acompañamiento a las mujeres en el proceso de interrupción de su embarazo?

¿Cuáles son mis creencias o definiciones acerca de persona, apoyo, cooperación, respeto, buen ejemplo, amistad, familia, responsabilidad, tolerancia, relaciones de confianza?

Para algunas de las mujeres que actualmente realizan acompañamientos desde Fondo MARIA, su experiencia ha significado:

La grandiosa oportunidad de contribuir a la lucha de las mujeres por decidir sobre su cuerpo y la experiencia personal de apoyar a las mujeres en una decisión tan importante en su vida, formando lazos de profunda sororidad. CITLALI RÍOS.

Respetar y apoyar. Nos encontramos inmersas en un mar de incertidumbre y bombardeo sobre la controversia del aborto, y creo que el apoyo es imprescindible para cualquier mujer en este caso: el saber que no está sola que va de la mano con alguien que la puede orientar e informar. SILVIA SÁNCHEZ.

Participar en el proceso de aborto de otras mujeres requiere ser capaz de revisar y evaluar el propio sistema de valores y creencias en torno al ejercicio de la sexualidad, siendo, a la vez, respetuosas del modo y el estilo de vida de las mujeres en situación de aborto elegido.

Requiere también conocer con claridad desde qué concepciones de vida, de pensamiento, morales, éticas se estará dando el acompañamiento. La acompañante tendrá que tomar en cuenta que su concepción del mundo y todos los aprendizajes que la conforman estarán presentes permanentemente y determinarán su acercamiento a cada mujer. Por ello es importante pasar por

un proceso de formación que le permita identificar el marco que sustentará el acompañamiento, porque todo acompañamiento a mujeres en situación de aborto se realiza desde un marco conceptual. De aquí también la importancia, y recomendación, de desarrollar un protocolo que refleje dicho marco —conceptual, teórico, práctico— y defina cómo entender el acompañamiento.[50]

Para realizar un acompañamiento efectivo, humano, ético y sin sesgo se requiere un profundo auto-conocimiento. Con el fin de no confundir ni dañar a las personas que acompañamos, debemos comprometernos con un proceso permanente de trabajo personal y de profesionalización.[51]

También se requiere de un fuerte compromiso a favor del derecho a decidir de las mujeres y de la equidad de género, un deseo de trabajar y aprender lo que significa y engloba la situación de aborto en las mujeres de nuestro país.

Ser acompañante de mujeres en situación de aborto, significa contribuir a transformar la realidad de las mujeres. Para lograrlo es necesario mantener en mente la forma como se reproducen las estructuras de dominación que han sido impuestas al cuerpo, sexualidad y reproducción de las mujeres mediante los pensamientos y las acciones propias, para transformarlas en un acompañamiento apegado al empoderamiento y al respeto de los derechos sexuales y reproductivos.

El acompañamiento feminista es un aprendizaje de solidaridad y transformación entre personas en situación de aborto. Feminista porque reconoce la inequidad de género y las relaciones de poder entre hombres y mujeres, porque valora el aporte de las mujeres al desarrollo y el bienestar de otras, porque impulsa en su propuesta la responsabilidad del cuidado compartida con los hombres; y porque participa de la definición del apoyo a las mujeres en situación de aborto como el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que cada mujer tome la mejor decisión sobre su vida y acceda a una atención de manera libre y segura.

Dar a conocer y compartir el trabajo solidario hacia las mujeres en situación de aborto significa profesionalizar la práctica de acompañamiento y considerarla un recurso de la sociedad para garantizar el bienestar de las mujeres que deciden interrumpir un embarazo. La experiencia de estos años de atención a mujeres de ILE en el DF, ha mostrado que el acompañamiento representa una transformación de la experiencia de aborto en una acción que apoya el proyecto de vida y el autocuidado de las mujeres. Esto sin duda muestra la riqueza y gratificaciones del acompañamiento.

A partir de la disponibilidad de los servicios de interrupción legal del embarazo muchas mujeres han aprendido a solicitar un servicio para ejercer su derecho, y en la medida que han accedido a las opciones de atención también están aprendiendo a expresar con mayor claridad sus necesidades específicas (físicas, emocionales, personales, económicas, sociales).

Por otra parte, la violencia (física, sexual, psicológica), el riesgo que corre su vida y su salud, los contextos con restricciones legales en materia de aborto, así como la falta de redes de apoyo social, exigen mantener una alerta constante para generar estrategias creativas que posibiliten su atención.

Un aborto es una experiencia significativa en la vida de cada mujer, y en cada caso hay mucho que aprender sobre lo que es importante para cada una. Por todo esto, es necesario mantener un proceso continuo de actualización. La práctica y profesionalización del acompañamiento nos dará luz sobre las nuevas necesidades, los nuevos problemas y los nuevos retos.

Conocimientos

Para acompañar también se necesitan conocimientos y práctica, mucha práctica...

Quien se forme como acompañante tendrá que conocer sobre diversos aspectos relacionados con la situación del aborto, contar con habilidades de comunicación para entablar una relación cordial y profesional con la solicitante, y práctica, mucha práctica.

Lo que requiere saber la acompañante está relacionado con las necesidades de la mujer en situación de aborto. En términos generales, las necesidades de las mujeres se engloban en tres grandes aspectos.[f]

INFORMACIÓN:

- Conocimiento de las causales para acceder a los servicios de interrupción legal del embarazo.
- Conocimiento de los servicios de salud y proveedores que le garanticen una atención segura.
- Información veraz y específica enfocada a las necesidades de la mujer.
- Distinguir entre la información objetiva, sin prejuicio y la distorsionada en torno al aborto, generalmente relacionada con el apego a creencias religiosas que desacreditan el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo, su vida y el ejercicio de su sexualidad.

MATERIALES:

- Requerimientos económicos para cubrir el proceso de atención (estudios o análisis clínicos y costo de los servicios de salud), y para transportarse al sitio donde pueda recibirla de manera segura.

f Para mayor detalle consultar fichas técnicas.

- Compañía de una persona que le facilite el proceso en cuestiones logísticas, para llegar al servicio, conocer la clínica, conocer el protocolo del servicio.

EMOCIONALES:

- Manejo de la tensión emocional ante la incertidumbre y/o dificultad para resolver todos estos aspectos (por ejemplo, el apoyo o desacuerdo de la pareja, de la familia, de la falta de recursos económicos, situaciones de violencia, etcétera).

- Compañía de una persona que respeta su decisión.

Todos estos asociados a los diferentes momentos que conforman la situación de aborto:

1. Conocimiento del embarazo.
2. Toma de decisión.
3. Búsqueda de información.[g]
4. Acción o procedimiento.
5. Seguimiento post aborto.

Hay mucha información importante que tendremos que conocer sobre los diversos aspectos relacionados con la interrupción del embarazo. En esta guía abordamos los puntos que nos parecen más sobresalientes. Te invitamos a consultar otras fuentes para acceder a una visión más detallada y a mantener activa tu curiosidad sobre el tema.

Conocimientos del campo legal

Legislación sobre aborto en México

En México, como en el resto del mundo, el aborto ha sido penalizado durante mucho tiempo. Sin embargo, en cada país se han contemplado excepciones en los marcos jurídicos que contemplan circunstancias bajo las cuales la interrupción del embarazo no es punible. Estas circunstancias, o causales, varían en cada país. En el caso de la República Mexicana cambia en cada estado. La violación es la única causal reconocida en las 32 entidades del país para tener acceso a un aborto legal, vigente en las leyes, aunque no concretada en la práctica.

g La toma de decisión y la búsqueda de información pueden presentarse de manera paralela.

Cada entidad federativa tiene causales por las cuales el aborto es legal, cambian de estado a estado, pero las causales que están contempladas son:

- Cuando el embarazo es producto de una violación,
- cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer,
- cuando el embarazo constituye un riesgo severo a la salud de la mujer,
- en casos de malformaciones congénitas,
- cuando el aborto se produce de manera "imprudencial" o por accidente,
- cuando el embarazo es producto de una inseminación artificial no consentida, y
- por razones económicas.[52]

El caso del Distrito Federal es distinto, ya que, además de las causales que permiten el aborto legal; se retipificó el aborto como aquel qué ocurre después de la semana 12 de gestación y el que ocurre a libre demanda de las mujeres hasta la semana 12 es Interrupción Legal del Embarazo. [h].[53]

En lo que respecta a las causales en las que no se castiga el aborto de acuerdo con la legislación de cada estado de la República Mexicana, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) tiene en su página de internet **www.gire.org.mx** información actualizada y un cuadro comparativo con la legislación por estado. [54]

Aborto y violencia

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia define la violencia contra las mujeres como cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público. [55]

Las repercusiones en la salud pueden ser un resultado directo de la violencia o un efecto a largo plazo de la misma. En el caso de la salud sexual y reproductiva la violencia contra la mujer se asocia a infecciones de transmisión sexual, como el VIH/SIDA, los embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados en condiciones inseguras, y problemas durante

h A partir de los cambios en el DF los grupos en contra del derecho a decidir asociados a la Iglesia Católica cuestionaron la constitucionalidad de las reformas y presionaron a las autoridades locales de algunos estados, generando un retroceso legislativo al realizar modificaciones constituciones en 17 de los 32 estados en México. Más información en www. gire.org.mx

el embarazo, como el aborto espontáneo, peso bajo al nacer y la muerte fetal. La violencia contra la mujer que se hace de manera institucional se refleja en la falta de políticas públicas que garanticen los derechos sexuales y reproductivos y por consiguiente, el acceso a información y servicios de aborto seguro.

La despenalización del aborto hasta las 12 semanas de gestación en la Ciudad de México, preserva los derechos humanos de las mujeres. Según el Art. 4 de la actual Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, los principios rectores para el acceso de todas las mujeres a una vida libre de violencia que deberán ser observados en la elaboración y ejecución de las políticas públicas federales y locales son: [56]

I. La igualdad jurídica entre la mujer y el hombre;

II. El respeto a la dignidad humana de las mujeres;

III. La no discriminación, y

IV. La libertad de las mujeres.

Delitos sexuales

En nuestro país existe una gran incidencia de delitos sexuales, cuyas principales víctimas son niñas/os y mujeres. La violencia sexual es altamente frecuente al interior de la familia y en el entorno inmediato poniendo en riesgo directamente a mujeres y niñas/os.[57]

En México los delitos sexuales deben ser castigados con penas de cárcel sin derecho a fianza, con un mínimo de seis meses y un máximo de seis años,[58] entendiendo por delitos sexuales "todas aquellas acciones que afectan a personas de cualquier edad y sexo, contra su consentimiento y que perturban su desarrollo sexual". Los delitos sexuales son: [59]

- **Hostigamiento:** En forma de asedio reiterado con fines lascivos a una persona de cualquier sexo, valiéndose la persona agresora de una posición jerárquica, derivada de las relaciones laborales, docentes, domésticas o de cualquiera otra índole, que implique subordinación de la víctima;

- **Abuso sexual:** A través de la ejecución de un acto sexual o la presión para ejecutarlo, sin el propósito de llegar a la cópula y sin consentimiento de la persona;

- **Estupro:** Cuando se mantienen relaciones sexuales o coitales con una persona mayor de 12 años y menor de 18, y el consentimiento del menor de edad se obtiene mediante el engaño;

- **Violación:** La realización de una relación coital mediante la violencia física o moral, con una persona de cualquier sexo;

- **Violación equiparada:** Cuando la relación coital se realiza con una persona incapacitada para resistir física o psíquicamente el acto, por razones de padecimientos físicos o mentales, edad u otras condiciones o situaciones de indefensión, e

- **Incesto**: La práctica de relaciones sexuales entre dos personas entre las que existen vínculos de parentesco.[i]

Nociones básicas sobre el inicio del embarazo y el desarrollo intrauterino en las primeras 12 semanas de embarazo

Las mujeres que deciden interrumpir un embarazo y quienes las acompañan necesitan contar con información básica sobre la reproducción humana. Hoy en día las ciencias biomédicas cuentan con evidencias sólidas para definir cuándo se inicia el embarazo y han logrado grandes avances en relación al conocimiento de los procesos que ocurren durante el desarrollo intrauterino.

El manejo de conceptos básicos relativos al inicio del embarazo y al desarrollo intrauterino del embrión y el feto durante las primeras 12 semanas permite contrarrestar mensajes erróneos –apoyados en principios religiosos o en la falta de conocimiento– que a menudo dificultan las decisiones de las mujeres en torno a la interrupción del embarazo. Tal es el caso de mensajes ampliamente difundidos, como los que afirman que el embarazo se inicia en el momento de la fecundación; los que otorgan al cigoto, al embrión y al feto la calidad de personas con derechos; o los que sostienen que el feto sufre dolor cuando se practica un aborto.

Un aspecto relevante que deben considerar quienes acompañan a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo es el lenguaje. Hablar de bebés con mujeres que optan por el aborto puede contribuir a la confusión y la ambivalencia antes y después del procedimiento. Con una mujer que se encuentra en el proceso de decidir sobre la interrupción de un embarazo, o bien con una mujer que ha tomado ya la decisión de hacerlo, términos como los de bebé, hijo o niño deben evitarse; lo adecuado en cualquiera de estas dos situaciones es hacer uso de los términos embrión o feto –según el caso–, ya que sólo puede hablarse de la existencia real de un bebé cuando ha nacido.

Inicio del embarazo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definen al embarazo como la etapa del proceso reproductivo "(...) iniciada con la implantación [del óvulo fecundado

i Para información relacionada con las organizaciones que atienden estas situaciones, consultar Fichas Técnicas.

o cigoto] y terminada cuando se producen un aborto o un nacimiento".[60] De acuerdo con esta definición, la fecundación –también denominada fertilización– es un proceso biológico que precede a la implantación pero que no implica el inicio del embarazo.

La reproducción natural humana es, en efecto, un proceso que necesariamente comprende la unión de gametos masculinos y femeninos durante la fecundación. Los gametos son células sexuales altamente especializadas; los gametos femeninos se denominan óvulos y se encuentran en los ovarios, y los gametos masculinos se denominan espermatozoides y se producen en los testículos. Antes del inicio del proceso reproductivo los gametos experimentan una serie de cambios que les permiten madurar y capacitarse para la fecundación.[61]

Todas las células del organismo humano contienen en sus núcleos 46 cromosomas organizados en 23 pares; los cromosomas a su vez contienen miles de genes y en ellos se encuentra la información genética exclusiva de cada individuo; la mitad de esta información genética proviene de la madre y la otra mitad del padre. Una característica distintiva de los gametos es que sólo tienen la mitad de los cromosomas, ya que a partir de la unión de un óvulo con un espermatozoide durante la fecundación se forma el cigoto, una célula que contiene una carga genética completa con 46 cromosomas organizados en 23 pares.[62]

La fecundación suele suceder aproximadamente una semana después de terminada la menstruación o 14 días después de que comenzó el último período menstrual. El proceso de la fecundación ocurre de la siguiente manera: [63]

- Todos los meses y como parte del ciclo menstrual, el ovario recibe estímulos hormonales que permiten la maduración de un óvulo. Generalmente los ovarios liberan un óvulo maduro en forma alterna cada mes, pero si uno de los ovarios no funciona o ha sido extirpado el otro desempeña esta función.

- En las mujeres que tienen ciclos menstruales regulares de 28 días, la ovulación, que consiste en la liberación del óvulo maduro desde la superficie del ovario ocurre el día 14, es decir, a la mitad del ciclo menstrual. Una vez liberado, el óvulo es captado por el extremo de la trompa de Falopio e impulsado hacia su interior; si la mujer ha tenido relaciones sexuales, el óvulo es fecundado por un espermatozoide dentro de la trompa de Falopio. Cuando el óvulo no es fecundado el organismo de la mujer lo elimina durante la siguiente menstruación.

- El semen eyaculado por el hombre durante una relación sexual contiene cientos de millones de espermatozoides que se depositan en la vagina. Segundos después de la eyaculación, unos cuantos miles de

espermatozoides se movilizan agitando sus colas para introducirse por el cuello del útero hacia la cavidad uterina y ascender hasta la trompa de Falopio.

- Si la mujer ha ovulado, los espermatozoides son atraídos químicamente por el óvulo y se adhieren firmemente a su superficie, pero sólo uno de ellos lo penetra con su cabeza y lo fecunda. A partir de este momento se inicia la formación del cigoto, una sola célula que se divide en dos en las primeras 24 horas y continúa dividiéndose en el interior de la trompa de Falopio. Tres o cuatro días después de la fecundación, el cigoto se convierte en una masa celular esférica que entra a la cavidad uterina donde flota libremente y sigue multiplicándose. Si la fecundación es exitosa, 6 a 7 días después el cigoto se implantará en la pared del útero.

- El óvulo maduro conserva su capacidad de ser fecundado hasta 24 horas y el espermatozoide es capaz de fecundar al óvulo durante 36 horas. En consecuencia, la fecundación es más probable cuando se han tenido relaciones sexuales uno o dos días antes o inmediatamente después de la ovulación.

El cigoto, dotado de una carga genética completa, tiene el potencial de convertirse primero en un *embrión*, luego en un *feto* y finalmente, al momento del nacimiento, en una nueva *persona*.[64] Sin embargo, una gran cantidad de evidencias científicas han mostrado que *la fecundación es sólo un paso previo al embarazo y que la existencia del cigoto no implica que éste haya iniciado.*

La explicación de lo anterior radica en que *la fecundación es un proceso sujeto a una elevada selección natural*, ya que únicamente 30 de cada 100 óvulos fecundados se implantan y terminan en el nacimiento de un bebé.[65] Los óvulos fecundados que no se implantan son desechados, casi siempre en una etapa temprana, sin que la mujer o alguna prueba de laboratorio puedan detectarlo[66]. De hecho, muchos de los retrasos menstruales que terminan en menstruaciones más abundantes que lo habitual se deben a abortos espontáneos que no se detectan. El estudio de embriones obtenidos a partir de abortos espontáneos –los que ocurren sin intervención externa alguna–[67] indica que la mayoría de los embriones abortados presentan graves alteraciones, por lo que los abortos espontáneos representan un mecanismo natural para evitar el nacimiento de bebés con malformaciones o enfermedades severas.[68]

Por otro lado, la fecundación es un proceso que no se puede detectar. La confirmación de un embarazo con exámenes de laboratorio o ultrasonido sólo es posible una vez que ha ocurrido *la implantación del cigoto en el endometrio del útero*. Lo mismo sucede con los signos y síntomas tempranos del embarazo –como la amenorrea (falta de la menstruación), las náuseas matutinas o la hipersensibilidad de los senos– que sólo se presentan poco después de que el cigoto se ha implantado.

Es la *implantación del cigoto*, por lo tanto, el proceso biológico que permite identificar con precisión el inicio de un embarazo. De acuerdo con este criterio, sustentado en una gran cantidad de estudios, la OMS y el Comité de Ética de la FIGO definen el inicio del embarazo a partir de la implantación del cigoto, lo cual sólo puede confirmarse a partir de la presencia de signos y síntomas presuntivos de embarazo, como la amenorrea, y de pruebas diagnósticas médicamente aceptadas.[69]

Desarrollo intrauterino en las primeras 12 semanas de embarazo

Si la implantación del cigoto es exitosa se inicia la etapa embrionaria que abarca las primeras 7 semanas del desarrollo intrauterino.[j*] A partir de la octava semana, se inicia la *etapa fetal*.[70,71]

Una vez que el cigoto se implanta en el útero, las células que lo conforman empiezan a diferenciarse para cumplir distintas funciones. La primera gran diferenciación ocurre en las células que dan origen al embrión y a las estructuras encargadas de nutrirlo y protegerlo, que son la placenta y las membranas que forman el saco amniótico. El embrión recién formado crece a un ritmo acelerado: a las 5 semanas mide alrededor de 2 milímetros y a las 7 semanas, cuando empieza a adquirir la apariencia de un individuo humano, mide aproximadamente 2 centímetros. En la semana 8, cuando inicia la etapa fetal, todos los órganos vitales están formados y empiezan a funcionar. Al final del primer trimestre —entre las 12 y 13 semanas— el feto, que tiene una longitud de 7.5 centímetros y un peso de 18 gramos, es capaz de moverse espontáneamente aunque la mujer aún no perciba sus movimientos.[72]

En condiciones normales, el desarrollo intrauterino del feto continúa durante el resto del embarazo. En este proceso –que se caracteriza por un crecimiento fetal acelerado y por la maduración de los órganos que se formaron durante el primer trimestre– tiene especial importancia el momento a partir del cual se considera que *el feto es viable*, es decir, el momento en que adquiere la capacidad de sobrevivir fuera del útero.[73]

Los criterios establecidos por la OMS indican que un feto *es viable* cuando ha completado 22 semanas de gestación y alcanzado un peso de por lo menos 500 gramos, ya que antes de esa edad gestacional y por debajo de ese peso no puede sobrevivir fuera del cuerpo de la madre. De acuerdo con estos criterios, los embarazos que se interrumpen antes de la semana 22 se definen como abortos y los que se interrumpen a partir de la semana 23 son considerados como partos prematuros.[74, 75]

La viabilidad fetal es entonces el elemento que marca la diferencia entre un aborto y un nacimiento prematuro, una diferencia que es crucial para funda-

j *La edad del embarazo –o edad gestacional– se calcula en semanas contadas a partir del primer día del último período menstrual.

mentar las leyes liberales que permiten la interrupción del embarazo durante el primer trimestre y en etapas más avanzadas cuando existen riesgos para la salud o la vida de la mujer o del feto.[76] Así, en la Ciudad de México el aborto está permitido a solicitud de la mujer en las primeras 12 semanas del embarazo y después de ese límite –hasta las 20 semanas– en casos de violación, cuando el embarazo pone en riesgo la salud o la vida de la mujer, y cuando el producto presenta malformaciones genéticas o congénitas graves.

La investigación biomédica ha acumulado una gran cantidad de información que permite identificar la etapa del desarrollo intrauterino en la que el feto empieza a adquirir las características de un *ser humano*. Hoy en día un gran número de evidencias muestran que la integración y el funcionamiento del sistema nervioso central —que suponen procesos de gran complejidad que ocurren entre el final del segundo trimestre y el inicio del tercer trimestre del embarazo, entre las semanas 23 y 29— otorgan a los seres humanos los atributos que los distinguen de otras especies de primates. Los avances en ámbitos de la fisiología del embarazo y del desarrollo intrauterino, nos permiten establecer que el feto no puede adquirir la calidad de persona, al menos no antes del tercer trimestre de embarazo.[77] Por otro lado, estudios recientes sobre las reacciones del feto a diferentes estímulos han concluido que éste no puede tener sensaciones dolorosas antes de las 24 semanas,[78] mientras otros sugieren que los circuitos neurológicos del cerebro fetal que permiten la *percepción consciente del dolor* se integran y funcionan hasta después de la semana 28 de la gestación, es decir, en una etapa avanzada del desarrollo intrauterino.[79]

¿Cómo se forma una nueva persona?[80]

Muchos individuos y grupos sociales aseguran que la persona (el ser humano) se crea instantáneamente por la unión de los genes del óvulo y del espermatozoide, en el momento mismo de la fecundación, por lo que concluyen que el cigoto adquiere una "dignidad humana", definida como ser digno de respeto porque se es humano. Esta idea se utiliza para sostener que el cigoto y el embrión es una persona con los mismos derechos que la mujer embarazada.

La ciencia difiere de esta posición ideológica, ya que no hay ningún conocimiento objetivo que la sustente. Las células del óvulo y el espermatozoide poseen sólo la mitad del genoma (la mitad del ADN), de modo que al fusionarse se constituye el genoma completo del individuo, tal como sucede en la enorme mayoría de las especies de mamíferos. Así, el óvulo fecundado o cigoto es una sola célula, que si se empieza a dividir y llega a implantarse en la pared interna del útero (endometrio) y se desarrolla sin complicaciones ni malformaciones puede llegar a constituir un feto y nacer.

Es claro así que bajo estas premisas la idea de que el cigoto (estructura de una sola célula) tiene dignidad humana no puede defenderse a menos que se acepte que la molécula del ADN tiene alma. Además, habría que

concluir que la persona, o el alma, está ya presente en la molécula del ADN, de lo cual habría otra conclusión: como el óvulo y el espermatozoide son células que sólo tienen la mitad del ADN, es necesario postular que el óvulo tiene la mitad del alma, o de la persona, y el espermatozoide tiene la otra mitad.

Autonomía de las mujeres vs. Estatus moral del feto[81]

A pesar de que el aborto legal va avanzando e imponiéndose en algunos países, los grupos antiabortistas están consiguiendo que el debate del aborto gire, casi absolutamente, alrededor de lo que ellos llaman derecho a la vida (primero del feto, después incluso del cigoto).

La discusión acerca del estatus moral del feto oculta la discusión sobre el estatus de las mujeres. Entrar a debatir el estatus moral del feto nos conduce a un callejón sin salida. El único criterio que puede salvar las contradicciones del debate y que debería imponerse, es el de la autonomía de las mujeres sobre su propio cuerpo, su propia agencia moral, su plena ciudadanía sexual y su responsabilidad.

La discusión acerca del feto, tal como se viene manteniendo, es un debate trucado, no se está hablando del aborto. De lo que se está hablando es de las mujeres. Es la situación de las mujeres en las distintas sociedades, su autonomía, sus derechos, la igualdad entre hombres y mujeres, lo que se discute en realidad y todo ello disfrazado debajo de un supuesto debate sobre los derechos del feto. La oposición al aborto no tiene tanto que ver con la reproducción como con la sexualidad de las mujeres y su posición en la sociedad. El debate sobre el aborto concentra dos visiones opuestas del mundo.

El aborto es el punto de apoyo de una lucha ideológica mucho más amplia en la cual está en juego el significado de la familia, del estado mismo, de la maternidad y de la sexualidad de las mujeres, especialmente de las jóvenes; por eso las políticas de aborto son fundamentales; la decisión que cada sociedad tome en este sentido afecta al estatus social de todas las mujeres.

En el debate sobre la interrupción del embarazo se ha olvidado proponer sin imponer; despenalizar sin fomentar; cuestionar sin condenar; concienciar sin excomulgar.[82]

Aborto y salud mental

Aborto y estado emocional

Un estudio realizado en 2009[83] donde se entrevistó a 29 mujeres de tres servicios diferentes que ofrecen ILE en el DF mostró la necesidad de las mujeres de saber cómo se sentirían después de un aborto.

Cada mujer vive el proceso de un embarazo y aborto dependiendo de su historia de vida y contexto socio-cultural. Un aborto es un asunto que puede ser complejo en la vida de las mujeres que exige atención y análisis desde diversos ángulos. Desde la perspectiva de la salud mental, es imprescindible replantear los conflictos que el aborto puede generar en las mujeres, sus parejas, familias y, en general, en la sociedad.

La experiencia recogida en países donde el aborto es legal, ha documentado que los sentimientos están relacionados con diversos aspectos: el contexto legal, la concepción en torno a la maternidad, la sexualidad y el aborto; las creencias religiosas, la historia de vida, la disponibilidad de apoyos (económicos, humanos); la disponibilidad de servicios y proveedores que oferzcan atención segura, entre otros. Asimismo, los grupos antiaborto han promovido creencias (más que argumentos científicos) que sentencian que un aborto provocará infertilidad, cáncer, depresión, tendencias suicidas u otros problemas de salud física y emocional en la mujer. Sin embargo, está demostrado que sus argumentos tienen graves limitaciones metodológicas que invalidan sus conclusiones.[84]

Para algunas mujeres es difícil plantearse la posibilidad de interrumpir su embarazo, y muy probablemente la mayoría han escuchado historias sobre otras mujeres que tuvieron problemas después de un aborto y se preguntan si eso les pasará a ellas. [85,86]

El día de la interrupción de su embarazo, las mujeres regularmente experimentan varias emociones, entre ellas el temor frente a lo desconocido, al posible dolor que enfrentarán, al no saber cómo las tratarán en la clínica (si es que acuden a una), a sufrir complicaciones, a ser juzgadas, a la anestesia, etc. [87]

Al término, y según ha sido comprobado por estudios en México y otros países donde el aborto es legal desde hace muchos años, la mayoría de las mujeres se sienten aliviadas porque ya no están embarazadas. Otras sienten enojo, o tristeza, o todo a la vez. Abortar puede ser distinto para cada mujer, para las jóvenes, adultas, urbanas o de petenencia étnica.[88]

Ya hemos mencionado que existe evidencia de que el estigma en torno al aborto, y no el aborto en sí, puede tener consecuencias negativas para la salud mental: puede tener emociones negativas después de un aborto porque piensa que su pareja, familia o comunidad la condena o excluye por haber decidido tener un aborto.[89]. Los hallazgos en la evidencia científica apoyan la idea de que la condición previa de salud mental y emocional es la influencia más fuerte y determinante para presentar afectaciones en su estado emocional o mental después de un aborto; y no la experiencia del aborto en sí misma. [90,91, 92]

Los sentimientos que normalmente han expresado las mujeres son:[93]

- Enojo consigo misma por haber quedado embarazada, o enojo con alguien que le ha decepcionado;

- Frustración porque su método anticonceptivo no funcionó;

- Tristeza porque pasó esto, un sentimiento de pérdida sobre el embarazo o por una relación perdida, o incluso la pérdida de una imagen de sí misma;

- Vergüenza por el ejercicio de su sexualidad, su relación, el embarazo, o el aborto;

- Culpabilidad por ponerse a sí misma primero, antes que las otras personas;

- Sorpresa de que esto le pasó;

- Temor de lo que pasará o de lo que otras personas pensarán, y

- Alivio/bienestar porque ha decidido por sí misma lo que es mejor para su vida.

No obstante, en todos los casos, los sentimientos sobre la situación no se irán automáticamente después del aborto. Diversos aspectos como desacuerdos con la pareja o los padres, sentimientos de tristeza, enojo, culpabilidad o vergüenza, creencias religiosas en contra del aborto, o problemas previos de depresión o ansiedad, podrían continuar después del aborto.

Mediante el acompañamiento (antes, durante y después del procedimiento), y una orientación especializada será posible mejorar la capacidad de recuperación emocional de las mujeres que pudieran sentirse afectadas. De aquí la importancia de crear un espacio de confianza que permita a la mujer que decidió interrumpir su embarazo expresar sus sentimientos.

Desterrar el silencio

La práctica en el DF y estudios realizados en países de América Latina,[94],[95] han registrado que una vez confirmado el éxito del procedimiento, las mujeres prefieren no regresar al servicio o "desaparecen" y no acuden a las consultas posteriores. Dichos estudios señalan que es comprensible porque la mujer muestra una tendencia a evitar pensar en el aborto. Asimismo, a partir de los cambios a la ley, la Secretaría de Salud del DF, y algunas organizaciones de mujeres, combinan la atención médica con apoyo u orientación, generalmente centrados en la anticoncepción post-aborto, prevención o tratamiento de ITS, que incluyen la toma de decisión previa a la interrupción, sin embargo, pocas veces se da seguimiento a la atención después del aborto.

Por ello, es fundamental que quien da el acompañamiento transmita a la mujer que se ha realizado un aborto, que haber tomado esa decisión tiene

gran valor. Y el hecho de poder hablar abiertamente sobre su experiencia puede ser de gran utilidad para ella y para otras mujeres que se encuentran en la misma situación. Podemos decirle que existen otras formas de expresar sus sentimientos en torno al aborto como dibujos, pinturas, canciones, poemas, etc., que podría compartir con las personas que han estado cerca de ella durante esta etapa. O que podrían compartirlo con otras instancias que pueden hacer llegar la expresión de su experiencia a otras mujeres que estén atravesando por la decisión.

Servicios de salud y aborto

La atención a la salud sexual y reproductiva reconocida en el Programa de Acción de la Conferencia sobre Planeación y Desarrollo (El Cairo, 1994), obligó a los gobiernos a replantear el paradigma de atención de los servicios públicos de salud. Se convirtió en un reto incluir criterios de género, equidad, integralidad y derechos en el diseño de las políticas públicas, los servicios de salud y las prácticas profesionales. En este proceso, la incorporación de la perspectiva de género y de derechos sexuales y reproductivos en la práctica de los servicios de salud ha constituido uno de los desafíos más relevantes en el cambio de modelo de atención que aun no puede considerarse como un hecho concretado. Un desafío adicional ha sido crear servicios orientados a las necesidades de adolescentes y jóvenes, ya que —como se ha dicho antes— tradicionalmente los servicios no han concebido a las y los jóvenes como personas sexualmente activas, capaces de participar y responsabilizarse por la toma de decisiones sobre sus propias vidas.

El cambio de paradigma en el modelo hegemónico de atención a la salud, exige concebir a las mujeres en su condición de sujeto sexuado y sexual, sociocultural, histórico, político, subjetivo y de ciudadanas (con derecho a tener, ejercer y exigir derechos). Asimismo, legitima el postulado de que quien debe decidir el bien para sí son ellas mismas. [96]

No obstante, diversas encuestas y estudios que han analizado las percepciones y actitudes del personal médico frente al aborto voluntario en México y la región de América Latina, han dado cuenta de que el quehacer de algunos profesionales de la salud continúa reforzando desigualdades que se traducen en resistencias y obstáculos para poner en práctica los derechos de las mujeres. Esto supone, por tanto, que la atención a las mujeres se realice en medio de diversas tensiones.

El modelo bajo el que han operado generalmente los servicios públicos de salud puede provocar que las mujeres en situación de aborto se presenten con muchas dudas, con miedo o desconfianza. Por ello, durante el acompañamiento será necesario informarle a la mujer la función de los servicios, del personal de salud y lo que a cada servicio corresponde brindarle.

Tendrá que saber que será atendida por personal capacitado. Que los procedimientos por los que pase son métodos que han sido aplicados a miles de mujeres en el mundo y han demostrado su eficacia y seguridad aun cuando en México todavía son poco conocidos por la sociedad en general, en parte por la errónea información que se ha difundido por los medios de comunicación, la iglesia y otros grupos.

Asimismo, que la atención que recibirá forma parte de un servicio reciente que se está conformando en diversos centros de salud del Distrito Federal. Por ello quizás en alguna parte del proceso de atención, observe o incluso reciba un trato que pudiera hacerla sentir incómoda. En tal caso ella estará en su derecho de reclamar o quejarse.[k]

Habilidades y herramientas

La persona acompañante requiere herramientas y un repertorio de habilidades para apoyar su labor. En esta sección se presentan las recomendaciones que fortalecen la orientación, es decir, los aspectos a tomar en cuenta durante la interacción entre quien acompaña y la mujer en situación de aborto. Como todo proceso de intercambio humano, su estado dinámico requiere que los conocimientos, habilidades y actitudes sean reforzados y actualizados permanentemente.

Es importante recordar que la forma y el contenido exacto de la información que se transmita dependerá del protocolo de atención que haya sido definido por la propuesta de acompañamiento que se haya planteado.

Orientación

Es una técnica de comunicación interpersonal de apoyo que mediante el diálogo, la escucha activa y análisis conjunto de las motivaciones, dudas, expectativas y sentimientos de una persona, permite que ésta tome decisiones voluntarias e informadas sobre las mejores opciones con respecto a su cuidado individual.[97]

La orientación a mujeres en situación de aborto busca que quien acompañe genere un clima confortable, respetuoso y de libertad para las mujeres solicitantes y al referirse al aborto lo valide como tema de salud legítimo, ofrezca orientación puntual y especializada intentando corregir los mitos y la información incorrecta. Asimismo, aspira que quien realice el acompañamiento, responda a los valores y las necesidades individuales de cada solicitante.

La orientación es útil para explorar los sentimientos de la mujer que enfrenta la posibilidad de realizarse un aborto y valorar su capacidad de respuesta ante la situación, así como para disminuir el grado de ansiedad o temor que esto le pueda ocasionar, e identificar a las mujeres que requieren atención

k La CONAMED, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, sería una opción.

especializada por padecer angustia extrema, depresión o alguna alteración emocional evidente.

La orientación favorece la toma de decisiones de las mujeres y puede ser crucial para el significado de la situación de aborto por la que atraviesa la mujer.

Objetivos de la orientación

- Facilitar que la mujer tome su decisión, valorando los beneficios y riesgos que esta implica;
- Brindar información y propiciar que la mujer la aplique según sus necesidades y circunstancias;
- Apoyar emocionalmente a la mujer en situación de aborto para disminuir sus incertidumbres, desconfianzas, temor, ansiedad, angustia, etc.;
- Identificar si cuenta con redes de apoyo;
- Motivar a la mujer a expresar sus sentimientos y darle validez;
- Garantizar que la mujer reciba respuestas a cualquier pregunta que tenga;
- Brindarle un apoyo que le permita sentirse preparada para cada paso del proceso;
- Informarle sobre los beneficios, riesgos y alternativas asociadas con los diferentes procedimientos de aborto y sobre las opciones para el manejo del dolor, y
- Promover conductas de autocuidado.

Actitud abierta

Mantener una actitud de "puertas abiertas" invita a que la mujer exprese sus necesidades. Puede suceder que a la persona le resulte difícil expresarse y comience preguntando algo vago aunque en el fondo quiera conocer con mayor detalle la forma en la que podrían apoyarle. La confianza es algo que no está dado en el primer momento del contacto, es algo que se construye conforme quien acompaña se mantiene escuchando con atención. Una actitud abierta no directiva es el punto de partida: dejar hablar al mismo tiempo que se mantiene la escucha activa.

- No actuar en base a prejuicios. Ser flexible, no autoritaria, o moralizante, libre de juicios y paternalismo y alejadas de dar instrucciones y consejos. Intentar separar los valores personales del caso de la mujer que se atiende. Si durante el proceso te percatas que se manifiestan, al terminar el contacto con la mujer, reflexiona un momento sobre ello y/o trata de abordarlo después en un espacio personal o de la organización;

- Mostrar solidaridad hacia la mujer. Un trato informal, de cordialidad, al mismo tiempo que dando impresión de confianza y seguridad (esto favorecerá la empatía, facilitará que los miedos y la ansiedad sean mitigados, y con ello facilitará la expresión de sus preocupaciones reales y de su estado emocional);

- Intentar captar cómo se siente ante el problema o las preocupaciones que nos están expresando;

- Usar lenguaje neutro (sin jergas de edad o regionales) y comprensible. Expresarse según las necesidades de cada mujer y asegurarse de que ha entendido;

- Escuchar cuidadosamente lo que desea la mujer, el tipo de información que solicita; los aspectos que más le interesan o a los que regresa;

- Mostrarse comprensiva/o, y entender la situación por la que la mujer está pasando. Mostrar calidez con el tono de voz o expresiones de apoyo;

- Evitar forzar la conversación, no insistir en temas de los que la mujer no quiere hablar y mostrarse con disposición para hablar de lo que ella necesita;

- No ocultar información, contestar abiertamente las preguntas que plantea. No temer decir "no sé" pero comprometiéndose a averiguar la información para responder a las preguntas;

- Contestar todas las preguntas que sea posible responder con la información verdadera, aún cuando ésta pueda ser conflictiva o dolorosa para las mujeres;

- Tomar notas y registrar toda la información;

- Asegurarse de que la mujer está tomando nota de lo que se le dice. Si no lo hace o no entiende, ofrecerle, si está dentro de sus posibilidades, mandarle un correo electrónico o un mensaje de texto con la información más importante (direcciones, nombres de pastillas, etc.) y explicarle la información cuantas veces sea necesario; [1]

- Sin preocupación del tiempo o señalando si es necesario que no significa un problema tomarse todo el que requiera y que llame o escriba nuevamente cuantas veces sea necesario.

[1] Protocolo Fondo MARIA, 2011.

Escucha activa

La escucha activa es…

- Centrarse en la persona que está comunicando algo;
- Entenderla como si se estuviera en su lugar;
- Estar presente en el diálogo (no estar pensando en otra cosa, o distraerse);
- Prestar atención a los signos no verbales de quien habla;
- Dejar que la presentación siga su curso. No oponerse o estar de acuerdo con el tema, sino dejar que los pensamientos sigan su curso;
- Involucrarse respondiendo en forma activa a las preguntas o directivas, y
- Cuando estamos en persona, mostrar interés con una postura corporal adecuada (por ejemplo inclinarse hacia delante) y centrar la atención.

¿Cómo se practica la escucha activa?

A través de la observación: Cuanta más información podamos obtener, mejor. Para ello debemos estar atentas a las expresiones, a los sentimientos que se expresan, a los gestos y a las señales que nos emiten para indicarnos que nos ceden el turno de palabra.

A través de la expresión: Nuestra interlocutora debe captar por nuestra actitud que le estamos prestando atención. Cuando estamos frente a ella es importante mantener el contacto visual y asentir con movimientos de cabeza. Vía telefónica podemos hacerlo con expresiones verbales: "claro, entiendo", "ya veo", "ah-ah…"

Elementos que facilitan la escucha activa:

- Disposición psicológica: prepararse interiormente para escuchar. Observar al otro: identificar el contenido de lo que dice, los objetivos y los sentimientos;
- Utilizar comunicación verbal (ya veo, umm, uh, etc.) y no verbal (contacto visual, gestos, inclinación del cuerpo, etc.) para mostrar que escuchas, y
- Mantener una respiración serena.

Aspectos a evitar en la escucha activa:

- No distraernos. La curva de la atención se inicia en un punto muy alto, disminuye a medida que el mensaje continúa y vuelve a ascender hacia el final del mensaje. Hay que tratar de combatir esta tendencia haciendo un esfuerzo especial hacia la mitad del mensaje con objeto de que nuestra atención no decaiga;

- No interrumpir;

- No juzgar;

- No ofrecer apoyo o soluciones prematuras;

- No rechazar lo que la otra persona esté sintiendo, por ejemplo: "no te preocupes, eso no es nada";

- No contar "tu historia" cuando la otra persona necesita hablarte;

- No contra argumentar. Por ejemplo: "me siento mal" y tú respondes: "y yo también", y

- Evitar el "síndrome del experto": ya tienes las respuestas al problema de la otra persona, antes incluso de que te haya contado la mitad.

En situaciones difíciles...

La escucha activa está especialmente indicada al afrontar situaciones difíciles. Por ejemplo, cuando estás ante una persona agresiva, cuando se prevén enfrentamientos o cuando hay muchas interrupciones.

Es posible evitar situaciones conflictivas anticipándolas. Para ello es recomendable identificar el tipo de persona (callada, extrovertida, hermética, etc), y las circunstancias que te causan dificultades. Anticipar los gestos, las palabras y los sentimientos del interlocutor y entrenarse en el control del impulso de responder para que, cuando llegue el momento, mantenerse atenta y poner en práctica la escucha activa. [98]

Principios básicos de la escucha activa durante el acompañamiento

Igualdad en la relación (horizontal). No se trata de asumir roles de poder. Se recomienda que quien acompañe no asuma una posición de mayor rango o autoritaria: trabajar, dentro de lo posible, en un mismo nivel. El objetivo es apoyar a la persona para que logre entender mejor su situación y apoyarla para buscar recursos que le permitan encontrar una posible solución.

Confidencialidad. Significa garantizar un trato respetuoso y privado que ofrezca seguridad para que la mujer exprese sus necesidades, garantizando

que esa información no se repetirá ni usará; asimismo implica exponer las situciones para su comprensión y revisión con la intención de resolver los aspectos que lo requieran, sin revelar la identidad de las mujeres.

Las mujeres pueden determinar su propio ritmo, y tomar sus propias decisiones. Quien acompaña debe asumir que la solicitante de ILE es competente y capaz, que conoce mejor que nadie su vida, y que por lo tanto está en mejor posición para tomar sus propias decisiones. Por tanto, se busca que encuentren sus propias soluciones de acuerdo a sus posibilidades y a su propio ritmo.

Aceptación. Significa no adoptar o emitir juicios, ya que esto no apoyo, ni facilita la situación de la solicitante. Debe respetársele aunque no se esté de acuerdo con sus valores y creencias. Si éstas perjudican la salud física o emocional, entonces el papel de quien acompaña es lograr que la usuaria visualice las consecuencias que eso tiene para su vida, no debatir o forzarla a cambiarlas.

Respeto. El respeto fomenta una relación de igualdad y de confianza con la mujer en la toma de decisiones. Algunas personas pueden sentirse amenazadas al tener que hablar de sus necesidades y sus problemas por lo que podrían estar en un estado de alerta o defensivo y mostrarse un poco toscas. A pesar, de que en ocasiones, se reciban llamadas o solicitudes poco respetuosas, se debe evitar faltar el respeto a la persona que se está apoyando.

Empatía. La empatía es el entendimiento de los sentimientos básicos de quien solicita apoyo. La empatía le ayuda a la mujer a sentirse entendida y, que la/el acompañante tiene la capacidad de comprender sus sentimientos. Esta actitud va a permitir una adecuada escucha, además de transmitirle a quien solicita el servicio, respeto e interés ante su situación.

Confianza. La confianza alude a la firme creencia en la habilidad de todas las personas para sobrevivir y recuperar el control de sus vidas. Para confiar, es necesario estar convencidas de que la mujer con quien se está hablando posee las herramientas necesarias para hacer frente a sus problemas: la acompañante en la mujer; la mujer en la acompañante.

Estar consciente de los valores y creencias propias. Para escuchar a los otros es imprescindible haberse escuchado a sí misma. Si la persona desconoce lo que lleva dentro entonces no podrá evitar las proyecciones y al escuchar a las mujeres antepondrá sus estados de ánimo, pero también sus valores y creencias. Se conoce como proyección cuando de manera inconciente, la persona ve una parte de sí misma en la otra persona. Se describe o interpreta el comportamiento de la otra persona según lo que una misma desearía hacer pero no se atreve, o le atribuimos reacciones que no corresponden con la situación presente. De este modo, la mujer se convierte en un vehículo de las propias fantasías y pensamientos:[99] imaginamos que la otra persona está enfadada cuando es una misma la que no puede expresar

el propio enfado; o imaginamos que la otra persona está sintiéndose triste/confundida/enojada cuando en realidad se trata de una proyección del sentimiento propio.

Por ello, la supervisión, contención y/o los espacios de revisión personal son fundamentales para quienes acompañan. En el tema de autocuidado abordamos con mayor detalle algunas recomendaciones útiles.

Estrategias para una escucha activa [100]

Manejo del silencio. El silencio es hermano de la escucha. Silencio es uno de los sinónimos no escritos de escuchar y es escuela para entender lo que sucede en los otros.[101]

El uso adecuado de los silencios es una herramienta que se puede emplear para:

- Brindar un espacio para que la usuaria reflexione.
- Demostrar respeto en el proceso de reflexión y búsqueda de alternativas de la otra persona.
- Impulsar a la usuaria a dar más información.
- Clarificar y formular sus mensajes de forma más concisa.
- Determinar qué tanta dificultad tiene la mujer para hablar de su situación. Esto podría responder a que representa una carga emocional que requiere un esfuerzo para poderla expresar. También podría responder a momentos de ambivalencia, en las que la usuaria trata de decidir sobre cómo afrontar la situación. Otra razón por la que podría tener dificultad es por considerar el tema como tabú o difícil de creer.
- Quien acompaña puede utilizar el silencio para cerrar la conversación. Se debe tener cuidado con el uso del silencio, porque si bien es cierto que puede funcionar en los puntos antes mencionados, también podría ser desfavorable si el silencio se extiende por largos periodos de tiempo. Se vuelve particularmente problemático cuando quien acompaña no entiende el significado del silencio y lo utiliza como una reacción negativa o una resistencia ante la dificultad que presenta quien llama y por tanto le genere ansiedad y poca claridad para presentar su dificultad y encontrar una posible solución.

Preguntas abiertas. Son todas aquellas que no requieren una respuesta de SÍ o NO. Se basan en darle al interlocutor la decisión sobre el contenido de sus respuestas. La idea es preguntar con la intención de recibir una respuesta larga para encontrar en esta el significado para la persona, por ejemplo: ¿Qué es lo más importante para ti resolver?

Reflejar los sentimientos, parafrasear y/o repetir. Reflejar a la persona sus sentimientos permite comunicarle que se le está expresando, que se tiene interés y respeto por lo que le sucede y siente. A modo de "espejo", se le presenta a la persona sus sentimientos, con el fin de que comprenda su emoción. Por ejemplo, podemos decir que por lo que ella está indicando, PROBABLEMENTE está siendo violentada en su relación con su pareja. Poniendo su situación más objetiva.

Parafrasear y/o repetir es el intento por resumir y ordenar el mensaje que se escucha resaltando los principales puntos a tratar. Esto puede hacer que un mensaje largo y detallado se vuelva preciso y corto, centrándose en los eventos importantes del suceso. Permite, además, verificar si realmente se está entendiendo y no malinterpretando lo que se dice. Un ejemplo de parafrasear puede ser: "Entonces, según veo, lo que pasaba era que...", "¿Quieres decir que te sentiste...?".

Resumir. Se refiere a la síntesis de todos los eventos y sentimientos que ha compartido con nosotras la persona que atendemos. La principal ventaja de esta técnica es que la usuaria pueda observar que estamos siguiendo el hilo de la conversación.

Clarificar. Consiste en ver las conexiones de eventos que aparentemente no se observaban. Cuando algo no está claro para nosotras no podemos esperar que para la otra persona sí lo esté. Por ejemplo: "La situación es complicada y quizás se tome tiempo resolver todos los aspectos, con la información que ahora tienes quizás sea más fácil para ti definir cuáles serían los aspectos prioritarios...".

Compromiso. Es la habilidad para hacer que las usuarias puedan expresar más. Pueden usarse comentarios que inviten a hablar y elaborar su discurso, frases tales como: "Dime un poco más sobre...". También pueden ser frases cortas o expresiones cortas que pueden tener los mismos efectos que los comentarios, tales como "Mm-hmm "Continúa".

5.4.3 ¿Cuándo recomendar un acompañamiento post aborto?

La intervención terapéutica ADAS, ha documentado que ofrecer un espacio de orientación pre y post aborto, calificado (con perspectiva de género, en el marco del respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres) promueve la expresión de la experiencia de las mujeres tras un aborto, sin embargo, es una opción poco conocida y a muchas mujeres no se les ocurre buscarla por la desconfianza a hablar de un tema que ha sido silenciado durante mucho tiempo.

El apoyo es el factor más importante que puede apoyar a procesar esta experiencia. La acompañante puede explorar con las mujeres apoyadas sus preocupaciones y en función de ellas recomendar un apoyo post aborto. Por ejemplo:

- Si se realizó un aborto aun considerando que no era la decisión más adecuada;

- Si necesita apoyarse en alguien para expresar sus preocupaciones pero no sabe quién podría ser;

- Si le resulta difícil aceptar que los métodos anticonceptivos fallan o que todas las personas de vez en cuando se equivocan;

- Si siente alguna preocupación religiosa o espiritual relacionada con el aborto;

- Si el embarazo inesperado y la decisión de realizarse un aborto representó un dilema sobre el que le gustaría saber más;

- Si quiere aprovechar esta experiencia para aprender y mejorar su vida;

- Si quiere revisar el significado y las implicaciones que podría tener en su vida presente y futura, y

- Si considera que la interrupción de un embarazo la enfrenta con un duelo y sin embargo siente que no merece compasión y por eso se siente triste o con culpa.

La evidencia terapéutica de ADAS muestra que la reflexión post aborto facilita hablar con naturalidad del aborto, apoyando de esta manera a eliminar el estigma que ha recaído sobre las mujeres que lo han elegido, del, o los significados, del embarazo y el aborto ya que se trata de una experiencia cuyo periodo de asimilación es largo.

Ha mostrado que para muchas, el aborto significa una experiencia que las lleva a evaluar sus creencias y metas por primera vez y dicha experiencia las deja sintiéndose más seguras y competentes de lo que se habían sentido antes. Algunas mujeres se dan cuenta de que no habían estado viviendo la vida tal y como ellas querían, y un embarazo no planeado y el aborto significan un llamado a hacer importantes cambios positivos.

Por ello permite apreciar que para algunas mujeres esta experiencia se traduce en una revaloración positiva de sí mismas. Por estas razones y experiencias y basada en la literatura, se plantea la postura de que la ILE debe estar al acceso de todas las mujeres, y corresponde a cada mujer, con acceso a información objetiva y veraz, y con apoyo emocional, definir si cuenta con los recursos emocionales y las condiciones socioculturales que determinen que tal elección tendrá un efecto conveniente para sí misma. Y de la misma forma apoyar a identificar las cuestiones emocionales que están aún impidiendo el ejercicio de su autonomía, dándole la oportunidad de recibir el apoyo necesario para su elaboración.

Mantener la seguridad integral

Esta sección aborda la seguridad integral de las personas acompañantes, su importancia y las formas de prevenir el desgaste.

Todas las personas tenemos derecho a defender nuestros derechos, a estar a salvo sin tener miedo a las represalias y a disfrutar plenamente de nuestra vida. Debido a que el trabajo relacionado con la defensa de los derechos humanos puede ser difícil y peligroso, es fundamental tener espacios seguros para platicar de nuestro trabajo.

Lo personal es una parte muy importante de nuestra seguridad, ya que usamos nuestros propios cuerpos, nuestro sentido del humor, nuestro corazón y nuestro instinto en el trabajo de derechos humanos. Involucra nuestra pasión y nuestras ideas de lo que es injusto.

Nuestra seguridad es integral porque comprende nuestra salud, nuestra felicidad, nuestros niveles de estrés, nuestras identidades, a quiénes amamos y hasta cómo nos sentimos cuando nos levantamos por la mañana. Incluye la percepción que tenemos de nosotras/os mismas/os y si creemos que valemos y nos respetamos, que vale la pena cuidarnos y estar seguras/os.

¿Por qué es importante el autocuidado?

El acompañamiento es en sí mismo una forma de cuidado hacia otras personas y esto significa reconocer que al realizarlo nos exponemos a la posibilidad de sentir impotencia, cansancio, vulnerabilidad, enojo y otras emociones, o de tener el impulso de actuar e intervenir en la vida de quienes solicitan apoyo, lo cual no es nuestra función.

Reflexionar sobre esto implica hacernos concientes de que, aun estando sanas, necesitamos cuidarnos. Nuestra subsistencia, nuestra vida, nuestros proyectos, los sostienen cada día un buen número de cuidados que nos dan otras personas o que nos brindamos a nosotras mismas (tan básicos como el descanso, la nutrición, el aseo, recibir cariño y comprensión). Un hecho que no solemos tomar en cuenta es que las personas estamos inmersas en redes complejas de relaciones de cuidado, en la que generalmente somos cuidadas y cuidadoras, según el momento o las circunstancias. Aceptar que la interdependencia es sana y que las personas necesitamos de otras, es importante siempre y más cuando por alguna circunstancia sentimos que necesitamos más apoyo. El autocuidado, según las posibilidades de cada quien, es un ejercicio de responsabilidad con nosotras/os mismas/os y con los demás.102

La defensa de los derechos de las mujeres genera niveles altos de estrés, por lo que es necesario cuidarnos para no tener consecuencias negativas. Quienes acompañamos podemos vivir como propios la violencia, los actos de discriminación e injusticia que se ejercen contra las mujeres que apoyamos.

Todo ello demanda energía y puede generar emociones que se expresan en acciones y procesos personales. El nivel de estrés generado por la demanda emocional puede afectar la energía con la que se realiza el acompañamiento, y en cierto modo puede afectar nuestra salud.

Es por eso que las personas acompañantes necesitamos establecer estrategias de autocuidado, es decir, procurarnos sensaciones tranquilizantes y procesos de digestión emocional[103] que pueden ser generados a través de espacios de contención emocional, procesos de comunicación asertiva, de la participación en actividades relajantes, reconfortantes o catárticas, e incluso de incorporarse a procesos terapéuticos personales en caso de requerirlo.

La intención de todas las estrategias es mantenernos contentas, energizadas y atentas a nuestras reacciones personales en el trabajo que hacemos apoyando a mujeres a tener acceso al aborto voluntario y seguro.

Estrés y desgaste laboral o *burnout*[104]

Cuando trabajamos con mujeres en situación de aborto, muchas veces las necesidades de las mujeres son constantes y pueden ser abrumadoras, por lo que quienes acompañamos podemos tener la sensación de que lo que hacemos no será suficiente. Esta sensación puede generar cansancio, estrés o burnout. Por ello, abordar el cansancio, el estrés y/o el desgaste que podemos experimentar nos remite a un interés primordial: lograr el bienestar de quienes desempeñan el acompañamiento.[105]

Burnout significa literalmente "quemarse" y se ha dado a conocer como el síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (sentimientos de inadecuación y fracaso), que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas y en situaciones especialmente desgastantes que requieren gran energía afectiva como enfermos, pacientes terminales o pacientes con padecimientos psicológicos.[106] Presentar despersonalización o cinismo, agotamiento emocional y una sensación disminuida de logro personal equivale a estar "completamente quemada" o en estado de desgaste. También es conocido como Estado de Extenuación Emocional (EEE).

Existen diversos síntomas que generalmente se manifiestan en el estado anímico o de salud. Las consecuencias más claras están relacionadas con manifestar alguna enfermedad porque existe una estrecha relación entre nuestros cuerpos y nuestro trabajo.[107] Si el malestar tiene que salir de alguna manera, las enfermedades se convierten en la manifestación de lo emocional en lo físico. Con frecuencia las mujeres no queremos ver o aceptar que nuestra salud podría estarse deteriorando y por ello no percibimos las señales o las minimizamos y seguimos realizando nuestras actividades. Estar atentas a nuestro cuerpo, a sus reacciones y avisos, es una manera de atender el desgaste que podríamos estar teniendo.

Reconociendo situaciones que nos pueden generar mayor tensión y recomendaciones para responder adecuadamente

Hay situaciones especialmente estresantes que podrían generar desgaste durante nuestra práctica de acompañamiento. Y hay situaciones en las que hay que estar especialmente advertidas de qué hacer y qué no. Pueden ser el mismo tipo de situaciones, sin embargo requieren una respuesta diferente de nuestra parte. Detectarlas y prepararnos para ellas apoyará a cuidarnos y acompañar adecuadamente.

Observar nuestras reacciones bajo situaciones que nos causan estrés nos apoyará a conocernos. Mantenerlo como una práctica continua es un proceso que implica un aprendizaje y que por tanto se puede tomar tiempo. En tanto desarrollamos esta habilidad, responder con respeto a cada situación nos permitirá acompañar adecuadamente.

Sugerimos el respeto como una actitud que la acompañante puede tomar para mantener distancia saludable con la situación de la mujer que acompaña. Respetar en este sentido significa tratar con consideración, no censurar o atacar; tener una actitud de mesura y, ante todo, no privar de sus derechos a la otra persona, ni imponer los propios gustos u opiniones.[108]

A continuación referimos algunos ejemplos de situaciones estresantes y recomendaciones para responder a ellas:

Más allá del acuerdo… RESPETO.

Puede suceder que en los acompañamientos que realizamos, las mujeres tomen decisiones que desde nuestra percepción parezcan equivocadas. En esos casos es posible pensar que no hemos dado la información de manera correcta, que no logramos una buena comunicación, y que en parte es también nuestra responsabilidad que haya tomado esa decisión. Todo ello nos puede generar a la vez desacuerdo, enojo y frustración.

Como sabemos, es más fácil sentirnos satisfechas con el proceso de acompañamiento cuando estamos de acuerdo con las decisiones de las mujeres, cuando sentimos que actuaron correctamente. Sin embargo, el trabajo de las personas que acompañan implica un profundo respeto a las decisiones de las mujeres. Recordemos que cada mujer toma la mejor decisión posible para ese momento en su vida, y que el trabajo de las acompañantes se acota al proceso de orientación que busca apoyar los procesos de decisión, para que estos se den de manera informada y en un ambiente de seguridad emocional,m es decir, en un ambiente en el que no van a ser juzgadas por sus emociones y que se les va dejar decidir libremente y confidencialmente.

m De acuerdo con la teoría del apego, la seguridad emocional en esta situación, significaría que la acompañante ofrezca un contacto cuidadoso y sensible a la solicitud de la mujer en un ambiente de aceptación y confidencialidad.

El segundo y el tercer aborto... RESPETO.

Con cierta frecuencia damos acompañamiento a mujeres que tuvieron uno o dos abortos previos. A veces nos surgirá la pregunta ¿por qué regresó, qué le pudo haber pasado?, ¿habrá algo que le pueda decir para que no le vuelva a suceder?, ¿debo decirle algo o será mejor no hacerlo?, Será importante como acompañante revisar cómo me siento ¿me incómoda esta situación?, ¿qué provoca esto en mi?, ¿qué ideas tengo sobre esta situación?, ¿prefiero no atender a estas mujeres?, ¿por qué?

Hay que tomar en cuenta que la historia de cada mujer es mucho más compleja que lo que nos transmitirá durante el acompañamiento y que nuestro compromiso debe ser siempre de respeto hacia ella y sus decisiones pues no llegaremos a la profundidad de su situación. El compromiso con nosotras mismas debe ser siempre dar el acompañamiento dando lo mejor de nosotras y divulgando con convicción el conocimiento que tenemos.

En el límite de la semana 12... ATENCIÓN... RESPETO.

Otra situación que puede generar estrés es la falta de respuesta inmediata de las mujeres cuando están en el límite de las semanas de gestación permitidas para la ILE en el DF Esto puede provocarnos reacciones diversas (enojo, preocupación) que podrían distraernos de cumplir con el protocolo. Apegarnos al protocolo nos permite informar a la mujer sobre las consecuencias que podría causar una respuesta demorada de su parte, y de este modo mantenernos dentro del espacio que proporcione una atención segura a las mujeres.

Lidiar con las fluctuaciones o cambios constantes de las mujeres... ADVERTENCIA... RESPETO.

Esta situación se presenta de varias maneras: mujeres que no cumplen con las citas acordadas y regresan cuando se acortan sus opciones; mujeres que nos responsabilizan de perderse o no ubicar físicamente el lugar del encuentro; que cambian a última hora de decisión y no lo informan; mujeres que exigen la información de formas poco amables y no aceptan recibir acompañamiento, manipulan la orientación según sus cambios y mantienen control sobre diversos aspectos de la misma. La atención en cada caso nos confrontará con diversas emociones: impotencia, enojo, descontento. En estos casos, es importante identificar los cambios y comentarlos con la mujer. En todos los casos hay que siempre tener en cuenta que necesitamos respetar el derecho y la capacidad de decisión de la mujer en su proceso de aborto.

Grupos conservadores... RESPETO.

Es común que tengamos reacciones de malestar o desagrado frente a las diversas tácticas de los grupos que están en contra de los derechos de las mujeres (videos, rezos fuera de las clínicas, etc.) que nos impactan y desagradan. Aun cuando se deseé cuestionarlos, es importante recordar que no son nuestros interlocutores. Una manera constructiva de manejar estos

sentimientos es reflexionar ¿de qué manera puedo transformar el enojo o la impotencia?

Sin lugar a dudas, el acompañamiento que otorgamos es parte de nuestra lucha por ampliar los derechos a todas las mujeres.

Aborto con medicamentos... TEMPLANZA Y SEGURIDAD.

Al proporcionar información sobre el aborto con medicamentos, necesitamos asumir un carácter de profesionista de la salud que conoce las reacciones y orienta a la mujer apegándose a los criterios que permitan ofrecer un protocolo seguro y eficaz. Esto significa por tanto que una vez que se inicia con la información debe darse completa y cubriendo todo lo requerido, pero también que se posee la templanza para otorgarla con el cuidado requerido.

Esto puede exponer la vulnerabilidad de quien acompaña ante la forma de tratar con las mujeres la información sobre el sangrado, los residuos del tejido embrionario, coágulos, olores de los fluidos, etc. Estar atentas/os, percatarse de lo que nos provoca y hablarlo en espacios seguros de retroalimentación es un excelente modo de disminuir el malestar.

Del apoyo al abuso... RESPETO.

Algunas veces podemos sentirnos incómodas o enojadas al percibir que las reacciones de las mujeres pueden ser de abuso hacia el apoyo que reciben. Hablemos, expresemos nuestro sentir con el resto de las compañeras. Invitemos a las mujeres a opinar sobre el apoyo que reciben y revisemos lo que nos corresponde.

Identificando el desgaste

Al evaluar o identificar el desgaste será importante que observemos nuestros cambios físicos (fatiga); cambios emocionales (irritación o enojos frecuentes); cambios de conducta (actuar con agresividad, aislamiento, carácter "explosivo"); cambios en la vida espiritual (pérdida del significado de la vida, vacío o desconexión), y cambios en la labor de acompañamiento (pérdida de empatía hacia las mujeres que acompañamos, sobrepreocupación de los casos atendidos, entre otros).[109]

Cuando sienta que cada vez termino más fatigada después de un proceso de acompañamiento será necesario buscar una estrategia de autocuidado y preguntarme:

- ¿Qué me ocurre cuando considero que una mujer a quien brindo acompañamiento toma una decisión que considero incorrecta?
- ¿Me siento desanimada o insatisfecha con mi trabajo cuando las situaciones no se resuelven como yo creo que sería mejor?

- ¿Cómo me gustaría que me acompañaran a mí si yo sé que estoy tomando una decisión distinta a la que creo que la persona que me acompaña tomaría?

- ¿Me siento desmotivada después de un mal momento en el proceso de acompañamiento?

- ¿Me siento satisfecha con el trabajo de acompañamiento que realizo?

- ¿Cuento con algún espacio (diario, semanal o mensual) que me haga sentir alegría?

- ¿Cuento con espacios de escucha en donde pueda expresarme francamente sobre mi estado de ánimo y mis emociones?

- ¿Tengo un espacio seguro para recibir confort de otras personas?

- ¿Tengo un espacio para expresar, escuchar y aprender a enfrentar las dificultades que enfrento en el acompañamiento?

Para una lectura detallada de otros métodos de identificación del desgaste se puede consultar: http://www.ugt.es/sch/pdf/areadetecnicos/sindromedelQuemado.pdf

Estrategias de autocuidado desde la organización (plano grupal)

Aunque la atención a mujeres en situación de aborto es legal en el DF, tanto los servicios, como quienes proveen la atención y las mujeres, se enfrentan a riesgos de diverso orden, sobre todo cuando las restricciones legales al aborto en el resto del país se mantienen. Para su manejo en el contexto legal del DF se plantea la eliminación o reducción de los riesgos y cada organización/instancia tendrá que definir sus propias estrategias para reducir las consecuencias negativas del acompañamiento.

De acuerdo con la experiencia podemos recomendar tres:

Lineamientos o Protocolo. Será una herramienta que refiera las acciones definidas por cada organización/instancia para permanecer dentro de una zona de seguridad para: mujeres que están en situación de aborto, acompañantes, la organización/instancia misma y todas aquellas con las que colabora.

Espacios de contención para acompañantes. Sabemos que es muy importante generar espacios de diálogo, lúdicos y de actividades que nos involucren de manera más integral para poder fortalecer nuestras relaciones, esfuerzos y motivaciones para realizar el trabajo que desempeñamos como acompañantes. Este puede ser un espacio privilegiado para la expresión de las emociones que produce la práctica del acompañamiento y para el aprendizaje sobre el manejo de las mismas.

Análisis de casos. Este método nos permite realizar una evaluación cualitativa del acompañamiento y analizar los principales obstáculos internos al atender un caso. Es muy útil para estudiar problemas prácticos o situaciones determinadas. Al realizarlo grupalmente permite que la búsqueda de soluciones y el aprendizaje enriquezcan el proceso colectivo.

Ambiente de trabajo. Promover la creación de un equipo que entienda la labor tan importante que desempeña cada una de las partes y que sea un espacio seguro y de confianza para que se desarrollen plenamente las distintas personas que lo forman. Complementándolo con condiciones que lo enriquezcan: horarios, descansos compensatorios, reconocimiento de logros individuales y grupales; respetando los espacios de descanso, recuperación y renovación.

Estrategias de autocuidado desde las acompañantes (plano individual)

A continuación se presentan algunas estrategias que han sido referidas por otras/os profesionistas y que se pueden considerar como una propuesta para elegir o construir las que mejor te sirvan a ti y recuerda que existen diversas actividades relacionadas con el bienestar personal, sin embargo, un punto fundamental es que más lo más importante es la creación del espacio para realizar las actividades.[110]

- Mantener un esfuerzo por entender, sistematizar y compartir con otras personas lo que podamos aprender de las mujeres que acompañamos, manteniendo una actitud orientada al descubrimiento, tratando de no apegarnos a estrictos preceptos, creencias y constructos teóricos que podrían restringir mi conocimiento y percepción; [111]

- Realizar el acompañamiento manteniendo contacto conmigo misma/o, aceptando e integrando de la manera más sana posible y muchas veces con el apoyo de otras personas colegas y queridas, mi propia sombra o parte oscura, mis necesidades, mis pérdidas y vivencias traumáticas; Esto está en relación directa con la posibilidad de resistirme a la fuerte tentación de "rescatar" o "salvar" por mi cuenta a las personas que acompaño. Me corresponde permanecer fuerte para testificar la experiencia de las mujeres sin perder la visión humanista y apoyando en lo que me corresponde desde mi lugar de acompañante;

- Mantener la atención en no restar tiempo al descanso, al estudio, a la familia o a otros aspectos vitales;

- Integrar en mi rutina diaria una serie de rituales y actividades que contribuyan a canalizar y contener afectivamente la acumulación de experiencias con las que trabajo cada semana;

- Practicar ejercicio físico. Además de liberar tensiones acumuladas por el trabajo también genera potencia y fortaleza corporal;

- Buscar un espacio terapéutico. Puede ser una actividad que se realice semanalmente, para pensar en mí, para desarrollar mi autoestima y clarificar metas y deseos personales. En este espacio también puedo trabajar aquellas áreas de mí que en un momento determinado influyan en mi bienestar;

- Buscar espacios de esparcimiento. Un día a la semana disfrutar de momentos agradables con las personas cercanas a mí, tales como paseos, comidas, reuniones amistosas o familiares, que me ayuden a salir del ambiente rutinario;

- Ejercitar el sentido del humor y la mentalidad positiva: reír mucho;

- Realizar algún grupo de meditación, danza, arte, admirar la naturaleza, jugar con niños y niñas, tratar de disfrutar cada uno de los minutos de la vida;

- Procurar un cuidado de la salud que sea integral: una alimentación balanceada, realizar ejercicio o caminatas, dormir bien, sonreír, estar en un ambiente físico y social agradable, tratando de mantener buen humor y fomentar la amistad con amigos/as;

- Tener buen sexo como estrategia para seguir adelante: "un buen orgasmo, es la descarga que necesitamos para quemar todo el estrés que tenemos acumulado. Para celebrar la vida en toda su locura y en todo su absurdo"; [112]

- Practicar la escritura "desde el fondo del alma", por ejemplo, poesía, cartas íntimas;

- Crear proyectos propios que permitan liberar y reconstruir el ánimo y la pasión por el trabajo elegido, y

- Practicar actitudes resilientes.

Resiliencia

Se refiere a la capacidad que tenemos las personas para sobreponernos a las adversidades y salir fortalecidas aún en casos extremos. La resiliencia no es un rasgo que las personas tenemos o no tenemos. Se trata de todas aquellas actitudes, herramientas, habilidades y capacidades que son útiles en el logro de metas, toma de decisiones y relaciones interpersonales tendientes a la calidad de vida.[113] Son conductas, pensamientos y acciones que cualquier persona puede aprender y desarrollar. Es una nueva mirada sobre la manera en que los seres humanos afrontan el estrés o los conflictos.

El estudio de la resiliencia ha planteado que todas las personas nacemos con una resiliencia innata y con capacidad para desarrollar rasgos o cualidades que nos permiten serlo:

- Exito social (flexibilidad, empatía, afecto, habilidad para comunicarse, sentido del humor y capacidad de respuesta);
- Habilidad para resolver problemas (elaborar estrategias, solicitar apoyo, creatividad y criticidad);
- Autonomía (sentido de identidad, autosuficiencia, conocimiento propio, competencia y capacidad para distanciarse de mensajes y condiciones negativas), y
- Propósitos y expectativas de un futuro prometedor (metas, aspiraciones educativas, optimismo, fe y espiritualidad).[114]

Reconoce factores protectores internos que apoyan al individuo, por ejemplo:

- Sentido del humor;
- El control interno;
- La autonomía, y
- La independencia.

Y factores protectores externos:

- Los vínculos estrechos con varias personas (fomentar relaciones de apoyo con personas afines);
- La actitud de compartir responsabilidades, prestar servicio a otros y brindar apoyo, y
- Acceso a recursos para satisfacer necesidades básicas de vivienda, trabajo, salud, atención y recreación.

En el acompañamiento a mujeres en situación de aborto te sugerimos tomar en cuenta los siguientes cuestionamientos que, al ser respondidos, pueden generar actitudes y acciones resilientes. Tómate el tiempo y la calma para resolverlas. Intégralas en algunos de los espacios de revisión grupal y/o individual para enriquecer las respuestas.

- ¿Qué persona, acontecimiento o situación me incomoda o representa un obstáculo o dificulta mi función de acompañamiento?

- ¿Qué me ayuda a oxigenar mi mente, mi cuerpo, mis emociones y mi espíritu con el fin de comprender los motivos por los que esta situación, persona o acontecimiento lo percibo como una dificultad?

- ¿Qué rasgos (modos de ser), qué habilidades, qué recursos tengo y elijo para afrontar esas dificultades?

- ¿Qué conductas o actividades puedo adoptar para allanar estas dificultades?

- ¿Cuáles acciones me apoyarían a superar mis deficiencias y cuáles a mantener o maximizar las fortalezas?

- ¿Cuáles habilidades (por ejemplo, autoestima, sentido del humor, asertividad, proactividad, creatividad, planificación, etc.), son indispensables para relacionarme, para resolver problemas y para hacer bien mi labor de acompañamiento? Y ¿Qué estoy haciendo, por mi misma, para mi proceso permanente de formación en esas habilidades?, ¿cuáles procesos de formación creo que la organización podría reforzar en relación con esas habilidades?

- ¿Cuáles otras cosas debiera estar haciendo para mi?[115]

Recordemos, por asfixiante que parezca una situación *Siempre hay belleza al lado de la oscuridad*.[116]

Reflexiones finales

Esta guía ha sido realizada a partir de sistematizar la experiencia que ha tenido por un lado el Fondo de Aborto para la Justicia Social MARIA que desde mayo del 2009 apoya a las mujeres para acceder a los servicios de aborto legal disponibles en el DF, y de la intervención terapéutica ADAS que desde 2007 ofrece un espacio de revisión de la experiencia emocional de mujeres que han elegido un aborto seguro.

Esta experiencia nos permite concebir el aborto elegido y el acompañamiento a mujeres en esta situación en una oportunidad que le permita a la mujer tomar conciencia de su autonomía, de la fuerza que radica en ella. El acompañamiento, en todas sus facetas (antes, durante y después del aborto), por ende, puede ser visto como una herramienta sustentada en el respeto de la autonomía de las mujeres y que mediante una relación acciona y promueve tomar contacto con dicha fuerza, siendo respetuosa del momento en el que cada mujer se encuentra cuando decide la interrupción de su embarazo, es decir, aun cuando no todas lo perciban así porque aun no han cobrado cabal conciencia de esa autonomía en sí mismas.



FUENTES

1. *Guía didáctica. Procesos de sistematización.* PAMI/USAID, Guatemala. 1998.

2. *Resultados de investigación: aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de ilegalidad y penalización. Significados, prácticas y efectos en las mujeres uruguayas.* Elina Carril, Alejandra López Gómez. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. 2005 -2007. Montevideo.

3. Rayas Velazco, Lucia et al. (2006), Atención del aborto centrada en la mujer: suplemento especial para Latinoamérica y el Caribe, Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

4. Cook, Rebecca; J., Dickens, Bernard M. y Fathalla, Mahmoud F. (20003), Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho, Oxford-Profamilia Colombia, Colombia.

5. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004), Unsafe Abortion. Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000, 4a. ed., Ginebra. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth

6. Organización Mundial de la Salud, 1992.

7. Ortega O., Adriana (2008), Interrupción legal de embarazo por razones de salud. Explorando criterios para la prestación del servicio.

8. Barbieri, Teresita de (2003), “Circunstancias… incertidumbres… decisiones…”, en Castañeda, Martha Patricia (coord.), La interrupción voluntaria del embarazo. Reflexiones teóricas, filosóficas y políticas, CEICH, UNAM-Plaza y Valdés, México.

9. Billings, Deborah, et al (2010). Guía de grupos focales para explorar el estigma con relación al aborto, Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

10. Op Cit Billings, Deborah, et al (2010).

11. Bitácora de Herramientas, Caja de Herramientas. Balance, Decidir (2009). México.

12. IPPF Regional del Hemisferio Occidental, Profamilia (2009), Derechos sexuales y reproductivos de la gente joven: autonomía en la toma de decisiones y acceso a servicios confidenciales, Documento presentado en el foro “Jóvenes, Autonomía y Confidencialidad”, Argentina.

13. Castañeda Salgado, Martha Patricia (coord.) (2003), Interrupción voluntaria del embarazo, CEICH, UNAM-Plaza y Valdés, México.

14. La colectiva del libro de Salud de las Mujeres de Boston (2000), Nuestros cuerpos, nuestras vidas, Siete Cuentos/Seven Stories Press, Nueva York.

15. Cervantes Carson, Alejandro (1994), “Identidad de género de la mujer: tres tesis sobre su dimensión social”, Frontera Norte, vol. 6, núm. 12, julio-diciembre, México,

16. Gutiérrez Aguilar, Paloma y López Ruíz, María Pilar, “Estereotipo-prejuicio. Programas hacia la tolerancia intergrupal”, Revista Digital de Investigación y Educación, núm. 25, vol. II, agosto, 2006.

17. Op Cit Alejandro Cervantes Carson (1994).

18. Lagarde y de los Ríos, Marcela (2001), “Autoestima y género”, Cuadernos Inacabados 39, Claves feministas para la autoestima de las mujeres. Modemmujer.

19. PNUD (2005), Situación de la mujer en el mundo. Tendencias y estadísticas, Nueva York, Naciones Unidas.

20. PNUD (2003), Informe sobre desarrollo humano. Los objetivos de Desarrollo del Mileno: un pacto entre naciones para eliminar la pobreza, Mundi-Prensa, Madrid.

21. Viglieca, O. (2002), Mujeres: de la feminización de la pobreza al protagonismo político, Nicaragua. Disponible en: www.envio.org.ni/articulo/1193

22. Cutié, R. (2005), La jefatura de hogar femenina en el último decenio del siglo XXI, La Habana, FLACSO-Universidad de la Habana, documento interno.

23. Comisión Europea (2008), Situación de la violencia de la mujer en México, Comisión Europea-External Relations, Bruselas.

24. Op Cit Lagarde, M. (2001).

25. Gago, V. (2007), “Dos mil años son nada”, entrevista a Françoise Héritier, PrensaFondo.com, del Fondo de Cultura Económica, http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-3359-2007-05-12.html, 6 de junio.

26. Ávila González, Yanina (2004), “Tener o no tener hijos”, Suplemento Triple Jornada, núm. 65, enero.

27. Op Cit Lagarde, M. (2001).

28. Rostagnol, Susana (2005). Autonomía y subordinación en el tránsito de las mujeres por el aborto clandestino. Otras Miradas, v. 5 2, p. 1-13. Uruguay.

29. Ortiz, O., Vidal, C., (2009). Experiencias de ILE en el Distrito Federal, México: aspectos que facilitan y obstaculizan la atención, Ipas, México, documento interno.

30. Op Cit Susana Rostagnol (2005).

31. Maroto Vargas, Adriana (2010), Al amparo de la noche. La ruta crítica de las mujeres que se realizan abortos clandestinos en Costa Rica. 1a. ed. San José, C.R.: Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir.

32. Gonzalez Velez, Ana C. (coord.) (2008), Causal Salud. Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. FLASOG, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir.

33. López Gómez, Alejandra (2000), Derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes. En la construcción del autocuidado y la autonomía en las prácticas sexuales y decisiones reproductivas, Centro de Formación y Estudios del INAME, Montevideo.

34. Op Cit López Gómez, Alejandra (2000).

35. Lansdown, Gerison (2005), La evolución de las facultades del niño, Italia, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, Save The Children.

36. GIRE (2001), Los hombres y el aborto, México.

37. Sally Kalson (2006). Web site helps men cope with physical, emotional issues of abortion. Pittsburgh Post-Gazette, 25 de abril. http://www.post-gazette.com/pg/06115/684763-51.stm, 49. Margoth Mora y Cristina Villarreal. Abril de 2000. Hombres y decisiones reproductivas. Bogotá: Oriéntame. Citados en Ipas. 2009. Explorando los roles de los hombres en las decisiones de las mujeres de interrumpir el embarazo. Una revisión del material publicado con sugerencias para la toma de acción. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

38. Liendro Zingoni, Eduardo, Los hombres y el aborto. s/f. documento en línea: http://www.consorcio.org.mx/site/

39. Guevara Ruiseñor, Elsa citada en Los hombres y el aborto.

40. DECIDIR, Coalición de Jóvenes por la Ciudadanía Sexual(2010), Sí es mi embarazo. No es mi cuerpo: guía para promover la presencia de los hombres jóvenes en el proceso de aborto desde un enfoque de equidad y derechos, México, 2010.

41. Op Cit DECIDIR (2010).

42. http://www.bpas.org/bpasman/abortion-and-men

43. Op Cit DECIDIR (2010).

44. Op Cit DECIDIR (2010).

45. Op Cit Los hombres y el aborto.

46. Ipas (2011), ¿Qué pueden hacer los hombres para apoyar el derecho a tener opciones reproductivas? Chapel Hill, Ipas.

47. Kuras de Mauer Susana, Resinsky Silvia (2005). Territorios del acompañamiento terapéutico. Letra Viva, Buenos Aires.

48. HERA, (Health, Empowerment, Rights and Accountability), Salud, Empoderamiento, Derechos y Rendición de Cuentas. 1998.

49. http://www.escueladefeminismo.org/spip.php?article322

50. Barcklow E., Reyes J. (2008) Guía de acompañamiento. Mujeres jóvenes y la experiencia de aborto: para activistas de América Latina. DECIDIR, Coalición de Jóvenes por la Ciudadanía Sexual. México.

51. Organización Panamericana de la Salud (2005), Consejería orientada en los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva: una guía para proveedores de primera línea, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

52. En Resumen: datos sobre el aborto inducido en México. Basado en un estudio sobre incidencia de aborto en México llevado a cabo por El Colegio de México, The Allan Guttmacher Institute y la oficina para México del Population Council. Los hallazgos de investigación fueron publicados en Juarez F. y cols., Estimates of induced abortion in Mexico: what's changed between 1990 and 2006? International Family Planning Perspectives, 2008, 34(4):158-168.

53. Art 148 Cap.V del Código Penal del DF

54. http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=31

55. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. 1 de febrero de 2007.

56. Op Cit Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

57. INMUJERES (2006), Violencia sexual contra las mujeres en el seno de la pareja conviviente. Dirección de Estadística, agosto, México. www.inmujeres.gob.mx

58. Código Penal Federal, versión publicada hasta la última reforma en el DOF 30 de noviembre de 2010.

59. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, s/f. Delitos sexuales. Programa Permanente de Prevención del Delito, guía temática núm. 5 para el profesor, México.

60. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología. Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos la Reproducción Human de la FIGO. Londres: FIGO, 2009, p. 326.

61. Faúndes A, Barzelatto J. El drama del aborto. En busca de un consenso. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 2005. Cap.2: El significado de las palabras, pp. 37-53.

62. Faúndes A, Barzelatto J. Op. Cit.

63. Stoppard M. Embarazo y nacimiento. Una guía completa y práctica para futuros padres. Bogotá: Editorial Norma, 1987. Cap. 1: La decisión de tener un hijo, pp.22-33.

64. Faúndes A, Barzelatto J. Op. Cit.

65. Zinaman MJ, Clegg ED, Brown CC, O'Connor J, Selevan SG. Estimates of human fertility and pregnancy losses. Fertility and Sterility, 1996; 65(3):503-509.

66. Tapia R. 2009. Aspectos genómicos y neurobiológicos de la formación de la persona durante el desarrollo intrauterino. Hoja Informativa. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida.

67. Faúndes A, Barzelatto J. Op. Cit.

68. Carlson BM. Embriología humana y biología del desarrollo. Barcelona: Elsevier España, 2009.

69. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology. Definition of pregnancy. London: IFGO, 2003.

70. Carlson BM. Op. Cit.

71. Stoppard M. Op. Cit.

72. Stoppard M. Op. Cit.

73. Faúndes A, Barzelatto J. Op. Cit.

74. World Health Organization. Complications of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment. Geneva: WHO, 1995.

75. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. London: IFGO, 1998.

76. Boland R, Katzive L. Developments in laws on induced abortion: 1998-2007. International Family Planning Perspectives, 2008, 34(3): 110-120.

77. Tapia R. Op. Cit.

78. Royal College

79. Lee SJ, Peter HJ, Drey EA, Partridge JC, Rosen MA. Fetal pain: a systematic multidisciplinary review of the evidence. Journal of the American Medical Association, 2005, 294(8): 947-54.

80. Tapia, Ricardo (2008), La ciencia, la religión y el aborto, México, Instituto de Fisiología Celular, UNAM.

81. Violeta Barrientos Silva. Doctora en Estudios hispánicos y latinoamericanos, París VIII. Abogada y escritora. Dirige el Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos. Beatriz Gimeno. Filóloga semiótica. Activista española en favor de los derechos LGBT.

82. Masiá, Juan (2009), "Proponer sin imponer, cuestionar sin condenar", El País, España, 26 de junio.

83. Op Cit Ortiz, O., Vidal, C., (2009)

84. Ipas. (2010), Las evidencias hablan por sí solas. Diez datos sobre aborto. Chapel Hill, Ipas.

85. Ortiz, O., (2008). Un acercamiento al aborto legal en México: la experiencia de las mujeres. En El Aborto acciones médicas y estrategias sociales. Freyermuth, G., y Troncoso, E., (coord.), Ipas México, serie Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el Siglo XXI.

86. Superándose Saludablemente Después de un Aborto. Church Healthcare Center. Disponible en: www.abortioncarenetwork.org/.../Coping_Handout_Spanish_100131.pdf

87. Op Cit Barcklow E., Reyes J. (2008).

88. Manual: Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas (2010), El Colectivo, Buenos Aires.

89. Robinson, Gail Erlick et al. (2009), "Is There an 'Abortion Trauma Syndrome'? Critiquing the Evidence", Harvard Review of Psychiatry, 17:4, pp. 268-290.

90. Guttmacher Advisory: Abortion and Mental Health. January 2011.

91. Trine Munk-Olsen et al. (2011), "Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder", The New England Journal of Medicine, 27 de enero.

92. Op cit Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder.

93. Op cit Superándose Saludablemente Después de un Aborto

94. Lara, D. et al. (2005), Experiencias de los servicios de aborto legal de mujeres y médicos en la ciudad de México, Population Council, México..

95. Lafaurie, María et al. (2005), "Perspectivas de las mujeres sobre el aborto con medicamentos en México, Colombia, Ecuador y Perú: un estudio cualitativo", Reproductive Health Matters, Núm. 13 (26), pp. 75-83. Londres.

96. Castro, R., López Gómez, A. (editores) (2010). Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Comisión Sectorial de Investigación Científica (CISIC) de la Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.

97. Sotelo Núñez, María Dolores et al. (2005), Consejería en la atención a mujeres en situación de aborto, Ipas, México.

98. http://www.exitoya.com/articulos/250_299/254.htm

99. Alborch, Carmen (2002), Malas, Edit. Aguilar, España.

100. Manual de orientación en salud sexual y reproductiva para funcionarios/as en atención de adolescentes con énfasis en VIH/SIDA. Programa Atención Integral a la Adolescencia Departamento de Salud de las Personas, Caja Costarricense de Seguro Social, 2005. Disponible en: www.binasss.sa.cr

101. Kraus A. Escuchar, s/f. Disponible en: http://colegiodebioetica.org.mx/temas/docs-pdf/akraus/003.pdf

102. Martín-Palomo, María Teresa (2010), Autonomía, dependencia y vulnerabilidad en la construcción de la ciudadanía, Universidad Carlos III de Madrid, Madrid.

103. AMAM en Crisis (2007), Manual de Entrenamiento en Desgaste Profesional por Empatía, para certificarse por parte de la Green Cross Academy of Traumatology como educador/a para su prevención y atención.

104. El concepto de burnout o de "estar quemado" con el trabajo fue introducido por Freudenberg en 1974 y popularizado por Malasch en 1982. En: Bernaldo de Quirós, Mónica y Labrador, Francisco J. (2008), Relaciones entre estrés laboral, burnout y síntomas psicopatológicos en los servicios de urgencias extrahospitalarias del área 9 de Madrid, Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Disponible en: http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_4_esp_53-61.pdf

105. Barry, Jane y Đjorđjevic, Jelena (2007), ¿Qué sentido tiene la revolución si no podemos bailar? Fondo de Acción Urgente por los Derechos Humanos de las Mujeres. Países Bajos. Disponible en: www.urgentactionfund.org

106. Maslach, 1982 citado en Barry, Jane y Đjorđjevic, Jelena (2007)

107. Op Cit Barry, Jane y Đjorđjevic, Jelena (2007).

108. María Moliner, "Diccionario de uso del español". Ed. Gredos (1992)

109. Ipas México, Construyendo alternativas de autocuidado.

110. Claramunt, María Cecilia (1999), Ayudándonos para apoyar a otros: guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar, Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Chile.

111. Op Cit Claramunt, María Cecilia (1999).

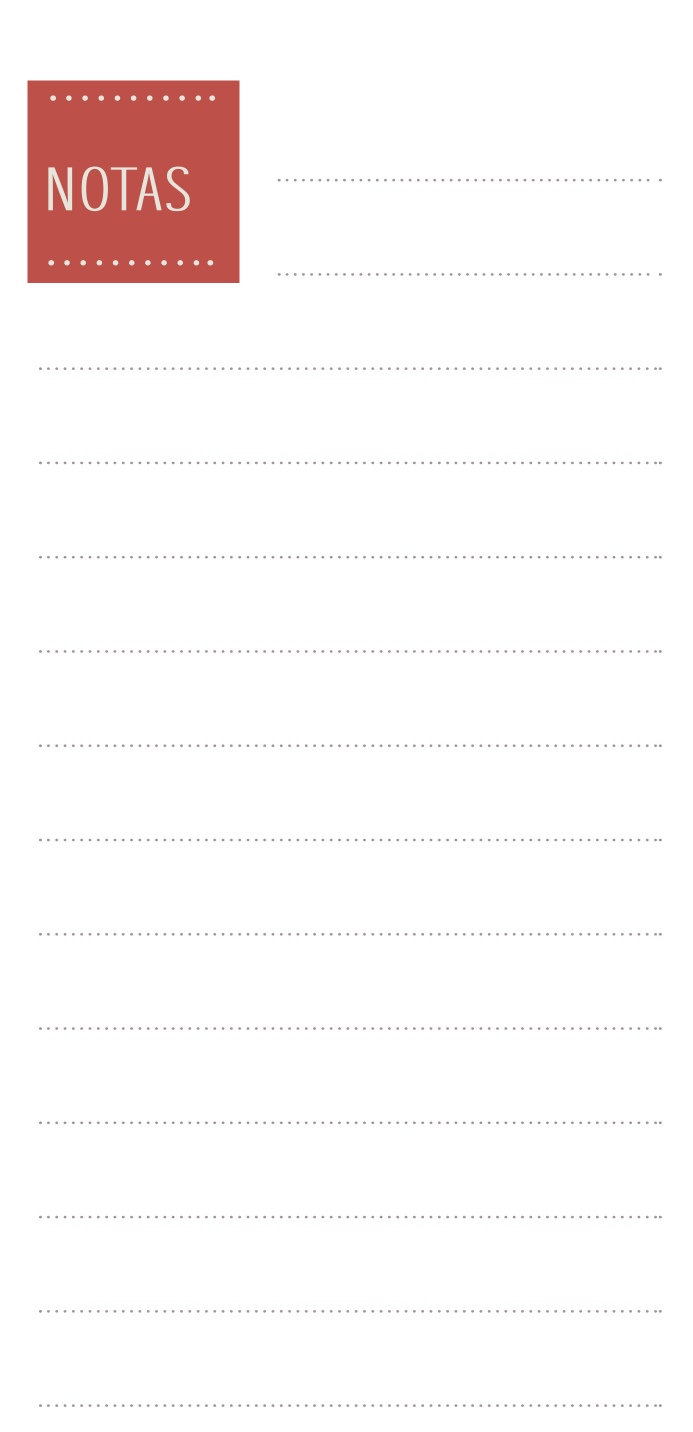
112. Testimonio de activista ugandesa, en Kathmandú en Barry, Jane y Ðjorđjevic, Jelena (2007).

113. Op Cit Barry, Jane y Ðjorđjevic, Jelena (2007).

114. Bernard, B. (1991): Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School, and Communty, San Francisco, WestEd Regional Educational Laboratory. Citado en: La aplicabilidad del enfoque "resiliencia en la escuela". Nan Henderson y Mike M. Milstein.

115. Tres Vías Para Desarrollar La "Actitud Resiliente". Elias Alvarez Bueno.

116. Op Cit Barry, Jane y Ðjorđjevic, Jelena (2007).


NOTAS

